



Malmö stad

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse – avdelningen för ordinärt boende

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
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	4
1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år	4
2 Bakgrund.....	5
3 Övergripande mål och strategier	6
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.....	6
3.4 Övergripande mål och strategier för 2019	6
4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	7
5 Samverkan	9
5.1 Kommungemensam samverkan	9
5.2 Samverkan HSL och SoL	11
5.3 Samverkan SoL	11
5.4 Samverkan HSL.....	12
5.5 Samverkan med brukare och anhörig/närstående.....	14
5.6 Samverkan med patient och anhörig/närstående	14
6 Systematiskt förbättringsarbete	15
6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur ett patient- och brukarperspektiv	15
6.2 Genomförda egenkontroller	16
6.3 Rehabiliterande förhållningssätt	18
6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden.....	18
6.5 Utredning av avvikelser	21

1 Sammanfattning

1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året

- Verksamheterna arbetar med systematiskt kvalitetsarbete i form av teamträffar och kvalitetsråd.
- Kvalitetsarbete sker i form av analys av inkomna avvikelser och utifrån utrett resultat vidtas åtgärder.
- Kvalitetsarbete i form av utbildning av dokumentationshandledare i social dokumentation samt dokumentation av genomförandeplaner.
- Uppföljning av och genomgång av antalet genomförandeplaner månadsvis.
- Kontinuitetsprojektet Malmömodellen.
- Utökad hemtjänst.
- Resursgruppen.
- Införandet av Lifecare planering.
- Implementering av Senior Alert.
- Utifrån inkomna avvikelser har det utarbetats nya rutiner och anvisningar.

1.2 Patientsäkerhetsarbete som har bedrivits under året

- En tydligare process för läkemedelshantering har utarbetats. Processen har kopplats till aktiviteter och rutiner. Läkemedelsprocessen beskriver hur hanteringen av läkemedel ska gå till, från ordinationen till intaget av läkemedlet.
- Rutin skapad för att säkra upp delegeringsprocessen gällande medarbetare inom bemanningsenheten och vikariebanken. Rutinen föregick av en riskanalys.
- Sjuksköterskor har gått utbildning i beslutsstödet, Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell (VISAM). Beslutsstödet är dels ett verktyg för sjuksköterskan att använda vid bedömning av försämrat hälsotillstånd och vårdnivå men också ett verktyg för ett mer strukturerat sätt att överrapportera.
- Förvaltningen har under året blivit konsumenter i NPÖ (nationell patientöversikt).

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

- Utbildning i SoL-dokumentation och genomförandeplaner.
- Utökad hemtjänst - pilotprojekt i en enhet.
- Kontinuitetsprojektet Malmömodellen.
- Åtgärder för att öka kvaliteten i SIP (samordnade individuella planer) har genomförts på flera nivåer under året.
- Risk- och händelseanalyser har skett inför omorganisation samt utifrån uppkomna händelser.

1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året

- Antalet områden som skriver in patienter i Mobilt vårdteam har ökat under året och därmed även antalet inskrivna patienter.
- All delegerad omvårdnadspersonal har vid två tillfällen under året fått en genomgång av rutinen för överlämnande av läkemedel av ansvarig sjuksköterska tillsammans med sektionschefen. Detta kan vara en bidragande orsak till att antalet läkemedelsavvikelser minskat.
- Som ett resultat av utbildning i journalsystemet Procapita har antalet avvikelser kopplat till dokumentation minskat.
- Utbildning i social dokumentation har påvisat förbättrad kvalitet gällande social dokumentation samt en markant ökning av antalet upprättade genomförandeplaner.
- Projekt kring resursgrupp som påvisat positiva resultat avseende färre delade schema, det vill säga att vid akut frånvaro behöver insatser inte fördelas på övriga medarbetares schema vilket ger bättre kontinuitet samt att insatser hos brukare inte missas eller uteblir.

1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år

- Avdelningen inför kvalitetsråd, både på sektionsnivå och avdelningsnivå.
- Utveckla och implementera mobilitet avseende dokumentation och nyckelfri hemtjänst.
- Införa kontinuitetsprojektet i fler grupper och permanenta arbetsättet.
- Fortsätta utbildning i social dokumentation och genomförandeplaner.
- Inventera avdelningens befintliga rutiner utifrån ett anhörigperspektiv.
- Fortsätta implementera resursgrupper.
- Strategi för gemensam och likvärdig demensvård kommer att implementeras under hösten 2019.
- Strategi med fortsatt implementering av Senior alert fortsätter under 2019.
- Arbetet med mottagna synpunkter/klagomål från enskilda och deras anhöriga behöver utvecklas och förbättras inom samtliga verksamheter.
- Förvaltningen planerar att bli producenter i NPÖ (nationell patientöversikt).
- En arbetsgrupp tittar på åtgärder för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner.
- Under 2019 kommer en strategi för palliativ vård tas fram som bl.a. innehåller utbildning i palliativ vård samt åtgärder för att förbättra teamsamverkan.

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 styr signaler 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 ordinärt boende består av sex hemtjänstenheter, hemsjukvård sjuksköterskor, hemsjukvård rehabilitering samt en korttidsenhet med sammanlagt 176 platser. 1 september 2018 fastställdes en ny intern organisation inom ordinärt boende. Den innebär att hemtjänstenheterna är uppbyggda efter samma enhetliga struktur vilket skapar bättre förutsättningar för chefer och medarbetare att arbeta med systematisk kvalitetsutveckling i verksamheten. Totala antalet brukare med hemtjänstinsatser enligt SoL inklusive trygghetslarm, uppgick i snitt per månad under 2018 till 7 823 stycken.

3.3 Nämndens övergripande mål och strategier samt måluppfyllelse för 2018

Nämndens övergripande mål, strategier samt måluppfyllelse redovisas i Årsanalys 2018.

3.4 Övergripande mål och strategier för 2019

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

Ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal (HS-avtal) tecknades 2016 mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. I HS-avtalet finns en grundöverenskommelse om ett gemensamt utvecklingsåtagande som är uppdelat i fyra utvecklingsområden. Syftet är att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Dessa utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökad del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljön. Inom de fyra utvecklingsområdena har följande gjorts under 2018:

- **Utvecklingsområde 1:** – *Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka. Det övergripande utvecklingsmålet, där personer i Skånes kommuner med behov av teambaserad vårdform ska ha tillgång till detta. Rutiner och en genomförandeplan har upprättats gällande inskrivning i Mobilt vårdteam (MVT). Inskrivning påbörjades i ett område i Malmö stad redan 2017. I maj 2018 påbörjades inskrivning i ytterligare ett område. En utökning av tre läkartjänster kommer ske i början av 2019 då även resterande områden kommer påbörja inskrivning. Den 1 februari kommer MVT även ge läkarstöd till korttiderna. Genomförandeplanen följs kontinuerligt upp och redovisas i delregional tjänsteberedning samt på politisk nivå.*
- **Utvecklingsområde 2:** – *Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande. Målgruppen omfattar personer som har kommunal hemsjukvård och under längre tid kan klara sig väl med detta men som tillfälligt är i behov av mer avancerad vård i syfte att undvika sjukhusvård. Implementering av insatser för tidvissviktande kan ske först när den teambaserade vårdformen säkerställts. I Malmö har vi det centrala MVT som uppfyller behoven för tidvis sviktande patienter, teamet utökas med fler läkare under 2019 som är beskrivet ovan.*
- **Utvecklingsområde 3:** – *Utveckling av proaktivt arbetsätt och proaktivt stöd till riskgrupper. Gemensamma strategier ska tas fram för att kunna identifiera personer med hög risk för att utveckla ett omfattande och långvarigt vårdbehov. Idag finns ingen gemensam plan men är under utarbetande under 2019.*
- **Utvecklingsområde 4:** – *Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning. Målet är att skapa en samordnad rehabilitering på basnivå samt en samordnad hjälpmedelsförsörjning. En arbetsgrupp har genomfört den första kartläggningen – en inventering och nulägesbeskrivning av rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet inom Region Skåne och de skånska kommunerna. Vid kartläggningen framkommer det bl.a. att det saknas skriftliga rehabiliteringsuppdrag. Detta gäller såväl Region Skåne som de skånska kommunerna. Två arbetsgrupper har bildats, där personal från Malmö stad finns representerade:
 - *Rehabiliteringsgruppen* – ska arbeta med vad den kommunala rehabiliteringen innebär och utifrån det ta fram mallar och strukturer för hur kommunala vårdprogram ska se ut.
 - *Hjälpmedelgruppen* – en ny grupp som ska bildas. Tanken är att gruppen ska genomlysas och föreslå förändringar avseende kommunal hjälpmedelshantering i Skåne. Syftet är*

att skapa effektivt nyttjande av tillgängliga och fler resurser för rehabilitering genom effektivare hjälpmedelshantering.

Genom "Lokalt samverkansforum för hälso- och sjukvårdsavtalet" träffas regelbundet representanter för hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen, funktionsstödsförvaltningen och olika verksamheter inom Region Skåne. Syftet med mötena är att via informationsutbyte och samverkan planera för utvecklingen av Mobila vårdteam och för att gå igenom genomförandeplanen för Malmö.

Nätverket Teambaserad vårdform/MVT är en grupp med deltagare både från både funktionsstödsförvaltningen, hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen och Region Skåne. Syftet med gruppen är ta fram gemensamma checklistor, rutiner m.m. för att underlätta implementering och uppföljning av MVT.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SVU) trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagen avser att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade öppna vården.

Mina planer är ett gemensamt verktyg för informationsöverföring mellan den slutna vården, den öppna landstingsfinansierade vården och den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Skåne. Informationen används för att planera och säkra en färdigbehandlad persons hemgång från slutna vård, samt upprätta plan för samordningsansvaret för vård och omsorg i hemmet.

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. För att förbättra kvaliteten på SIP, har det under året anordnats inspirationskonferens för kvalitet i SIP och en film har tagits fram i syfte om att beskriva vad SIP är. Under 2019 fortsätter förbättringsarbetet gällande SIP bl.a. genom införande av Rutinkollen SIP – ett verktyg för egenkontroll.

Nätverksgrupp för samverkan vid utskrivning mellan Region Skåne, Malmö stad och kommunerna i sydväst träffas en gång i månaden. Syftet är att säkra en god, effektiv och säker vård, oavsett var i vårdkedjan patienten befinner. Målet är att skapa god samverkan kring patienter både i samverkan vid utskrivningsprocessen och i SIP-processen. För att främja samverkan mellan de olika huvudmännen har flera olika åtgärder vidtagits under 2018, bl.a. dialogmöte, utbildning i SIP samt diskussion på nätverksmötena kring avvikelser som berör SVU-processen.

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. Gruppen träffar representanter för arbetsterapeut- och fysioterapeututbildningen två gånger per år. I samrådsgruppen finns, förutom två representanter från Kommunförbundet Skåne, en MAS och en MAR representerade från Skånes regioner, Sydväst, Nordväst, Sydost, Mellersta, Nordost och Malmö.

Kontinuerliga samverkansmöten har skett med läkare på Geriatriskt utvecklingscentrum (GUC) och enheten för korttid med sjuksköterskor, berörda chefer, MAS och MAR. Diskussioner har förts gällande verksamhetsförändringar, samarbetsforum och läkarsamverkan. Behov av

gemensamma rutiner har identifierats och skapats.

Sjuksköterskorna medverkar vid läkemedelsgenomgångar tillsammans med primärvårdens läkare eller läkare från mobilt vårdteam. Syftet är att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem och att säkerställa att den enskildes har aktuell och korrekt läkemedelslista.

5.2 Samverkan HSL och SoL

- Förvaltningsgemensam samverkan kring olika kvalitetsfrågor har skett vid regelbundna ledningsmöten och planeringsdagar för avdelningen.
- Samverkan har skett i form av regelbundna tvärprofessionella team som upplevts vara givande och en viktig del för att uppnå hög kvalitet i omvårdnaden. Vid dessa möten har olika kvalitetsfrågor, avvikelser, patientärenden m.m. tagits upp. Vid behov har tid för utbildning och handledning bokats mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.
- Dietisterna i Malmö stad har under året arbetat med att certifiera nya kostombud enligt Malmö stads modell. Cirka 60 nya kostombud från ordinärt boende, särskilt boende och dagverksamhet har certifierats. Idag har förvaltningen cirka 370 kostombud varav 109 inom avdelningen för ordinärt boende. Fortbildning har erbjudits befintliga kostombud. Ämnen har bland annat varit en fördjupning av kunskaper om äldre och sjuka individers unika behov av näring samt hur man arbetar medvetet med nutrition för att förebygga fall och fallskador. Dietistverksamheten har erbjudit verksamhetsstöd med hela personalgrupper utifrån unika frågeställningar ute i verksamheten samt varit en resurs för legitimerad personal.
- Kvalitetsutvecklare HSL har tagit fram ett informationsmaterial med information om läkemedelsrutiner. Materialet används av sjuksköterskor när de tillsammans med sektionschefen för hemtjänstgruppen går igenom läkemedelshantering 2 gånger per år med omvårdnadspersonalen. Ett gemensamt material säkerställer att all omvårdnadspersonal får samma information och underlättar också införandet av rutinen.
- Under hösten har stadsrevisionen granskat om arbetet med SIP inom nämnden är samordnat och bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer. Bedömningen är att arbetet inte fullt ut är samordnat och bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer. Stadsrevisionen har även granskat om arbetet följs upp, analyseras och att relevanta åtgärder vidtas vid behov. Bedömningen är att åtgärder vidtas men nämndens arbete med uppföljning och analys behöver utvecklas. Sammantaget är bedömningen att nämndens arbete med SIP inte är helt ändamålsenligt. Av rapporten framgår ett antal rekommendationer. Åtgärder för att förbättra arbetet med SIP kommer att påbörjas under 2019.

5.3 Samverkan SoL

Internt:

- Sektionscheferna har haft regelbundna möten samt haft regelbundna avstämningar med biståndshandläggarna.
- Man har haft arbetsgrupper mellan ordinärt boende och myndigheten som berört framtida samarbete och rutiner samt samtal gällande enskilda ärenden. Syftet har varit att diskutera beslut och utförande ur ett kvalitetsperspektiv.
- Man har även haft samverkan med ledsagar/avlösarservice som hjälper till i hemtjänsten när dessa saknar uppdrag.
- Socialt ansvarig samordnare medverkar regelbundet vid enheternas ledningsmöten där

uppföljning sker kring systematiskt kvalitetsarbete gällande social dokumentation, genomgång av avvikelser och följsamhet till befintliga rutiner.

- Olika yrkesgrupper har utifrån behov samarbete med Silviasystrar, demenssjuksköterska, psykiatrisjuksköterska samt anhörigkonsulter.

Externt:

- Samverkan sker med arbetsmarknads- och socialförvaltningen, funktionsstödsförvaltningen, fritidsförvaltningen, grundskoleförvaltningen, Räddningstjänsten och Polisen. Syftet med extern samverkan är att skapa säkerhet för brukaren i riskfyllda situationer.
- Samverkan med räddningstjänsten och polisen görs utifrån att regelbundet kartlägga situationer som kan påverka våra brukares säkerhet vid till exempel ligor som besöker brukare i hemmet och utger sig för att vara omsorgspersonal. Det kan även handla om brandskydd och säkerhet i det egna hemmet.

5.4 Samverkan HSL

Internt:

- Från den 1 november 2017 gäller nytt avtal för nutritionspumpar. Beställning av nutritionspump sker via ett webbaserat beställningssystem, Sesam LMN. Region Skåne beslutade 2018 att det i varje kommun ska finnas ett lager av reservpumpar som kan användas om en pump slutar fungera. Malmö stad har tilldelats tio reservpumpar som fördelas mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Pumparna för förvaltningen är nu fördelade på korttidsboendena Matildenberg, Söderkulla och Lundavägen. Rutin för tillvägagångssätt vid utbyte av pump som inte fungerar är upprättad och publicerad på ”resurssida för sjuksköterskor”.
- Kvalitetsutvecklare HSL har i samarbete med sjuksköterskor från samtliga sektioner i hemsjukvården, utarbetat en checklista för välkomstsamtal för ny patient samt en broschyr att överlämna till patienter vid välkomstsamtal. Syftet är att alla patienter ska få samma information samt att säkerställa att alla sektioner arbetar på samma sätt.
- I samtliga sektioner inom enheten hemsjukvård sjuksköterskor intervjuades sjuksköterskor av kvalitetsutvecklare HSL med frågor kring tillvägagångssätt för hur dosrullar överlämnas till hemtjänst. Arbetssättet är inte enhetligt i Malmö stad då det förekommer variationer i hur rutinen följs. Arbetet med ett gemensamt arbetssätt kommer fortsätta 2019.
- Inom enheten hemsjukvård rehabilitering arbetar alla sektioner med pulstavla för att visualisera sektionens aktiviteter. Syftet är att säkerställa flödet men också för att identifiera förbättringsmöjligheter. Varje dag stämmer personalen av tavlan för att fördela arbetet.
- Enhetschefer HSL har regelbundna möten med kvalitetsutvecklare HSL. Diskussion förs kring strategier för att förbättra kvalitet och få ett gemensamt arbetssätt och gemensamma processer som t.ex. information till nya patienter inom hemsjukvård, granskningsmall för efterlevnad av rutiner för läkemedelshantering, dokumentation och medicintekniska produkter.
- Förvaltningen har en HS-koordinator som håller ihop arbetet med implementeringen av HS-avtalet inom Malmö stad. HS-koordinatorn sitter som spindeln i nätet och samverkar med ansvariga inom regionen samt med avdelningschefer och enhetschefer inom förvaltningen för att utveckla och planera arbetet med inskrivningen i mobila vårdteam.
- Inom avdelningen finns åtta stycken sjuksköterskor som har uppdrag att vara HS-

ambassadör. Uppdraget som HS-ambassadör innebär att vara en drivande part i inskrivningen av patienter i mobilt vårdteam. HS-ambassadörerna ansvarar för att förmedla teamets frågor, funderingar och problem gällande inskrivning i mobilt vårdteam och de ska vara med på möten med de andra HS-ambassadörerna för att diskutera hur det går med inskrivningsprocessen. Gruppmötets syfte är att lära av varandra, utbyta goda exempel, ge varandra tips och driva inskrivningen av patienter i mobilt vårdteam framåt samt att arbeta med kontinuerlig kvalitetsuppföljning.

Externt:

- ”Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell” (VISAM) är ett beslutsstöd för sjuksköterska inom kommunal vård och omsorg, som ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats. Beslutsstödet är en checklista som ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras. Strukturerad informationsöverföring sker genom användandet av SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation).

Under hösten har 229 sjuksköterskor utbildats i beslutsstödet. Utbildningen var obligatorisk varför 26 utbildningstillfällen erbjöds. Utvärderingar från sjuksköterskorna visar att utbildningen varit mycket uppskattad. Checklistan upplevs ge ökad trygghet samt att vården blir likvärdig oavsett vem som gör bedömningen. Vidare arbete med VISAM är att göra en webbfilm i konceptet ”Flipped classroom” vilket nu har startat. Utbildningsmodellen syftar till att uppnå högre kompetens än vid förmedlingsundervisning. Modellen innebär webbfilm för enskilda studier med kompletterande fallövning i en ”VISAM-verkstad”.

- Förvaltningen blev konsument i Nationell patientöversikt (NPÖ) under 2018. NPÖ är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som gör det möjligt för legitimerad personal inom förvaltningen att få direktåtkomst till uppgifter från patientjournaler som dokumenteras av Region Skåne. 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 ge sitt samtycke, att det finns en pågående vårdrelation och att uppgifterna behövs för att ge patienten god vård. All legitimerad personal har fått information och instruktioner i användandet. En utvärdering av NPÖ gjordes av förvaltningen med en enkät till legitimerad personal. Svarsfrekvensen var 206 av 579 legitimerade, vilket motsvarar 35 %. Utvärderingen visade att framförallt SVU-teamen i myndigheten använde systemet men även legitimerade i de andra avdelningarna använde NPÖ. En stor del av de svarande, 75 %, tyckte att NPÖ ökade patientsäkerheten. 2018 gjordes 5 785 sökningar i NPÖ av legitimerad personal inom förvaltningen.
- “Beslutsgruppen för hjälpmedel i Malmö stad” är en grupp vars syfte är att utifrån gällande lagstiftning gemensamt verka för en säker och effektiv hantering av medicintekniska produkter avseende hjälpmedel inom Malmö stad. Gruppen består av representanter från funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.
- Enhetschefer HSL träffas 1 gång per månad, viss del av mötet även tillsammans med enhetschef SVU-team samt enhetschef HSL från funktionsstödsförvaltningen. Här förs

dialog kring gemensamma uppdrag, utbildningar och frågeställningar kring HSL-uppdraget.

- I samband med HS-avtalet har det identifierats ett behov av kompetensutveckling hos sjuksköterskor. I samarbete med Malmö universitet har sjuksköterskor inom ordinärt boende påbörjat en uppdragsutbildning i fördjupad sjukdomslära. Utbildningen planeras vara klar under våren 2019.
- Det har även identifierats ett behov av kompetensutveckling hos arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Tillsammans med Lunds universitet har tolv medarbetare inom avdelningen påbörjat en uppdragsutbildning i fördjupad sjukdomslära. Utbildningen planeras vara klar under våren 2019.

5.5 Samverkan med brukare och anhörig/närstående

Samverkan med brukare och dess anhöriga/närstående ska ges möjlighet att medverka i kvalitetsarbetet. Detta sker på olika sätt:

- Samverkan sker med brukare/anhöriga i samband med upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Samverkan sker även i det dagliga arbetet mellan brukare och anhöriga/närstående.
- I två enheter har man genomfört kvalitativa intervjuer med brukarna i syfte att ta reda på brukarnas nöjdhet med hemtjänsten. Intervjuerna har skett genom telefonsamtal eller personligt besök.
- Någon sektion uppger att de anordnar regelbundna anhörigträffar.
- Översyn av kontaktmannauppdraget är påbörjat för att förtydliga uppdraget som kontaktman. Kontaktmannen är den person som har den närmsta kontakten med brukaren, samt då brukaren önskar, även med anhöriga. Workshop i kontaktmannaskap kommer att anordnas under 2019 som ska resultera i att tydliggöra uppdragets processer och rutiner.
- Förvaltningens anhörigkonsulenter arbetar systematiskt med bland annat stödsamtal, informationsuppdrag, anhörigträffar, utbildningar och utgör även ett konsultativt stöd till avdelningens verksamheter.

5.6 Samverkan med patient och anhörig/närstående

Patienter och deras 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 patienten och anhöriga i det dagliga arbetet och för 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.

En fungerande samverkan förenklar för patienten och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen. 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.

Patienten och vid behov anhöriga erbjuds att delta i samband med upprättande av SIP och vid riskbedömningar. Detta för att öka inflytande och delaktighet kring den enskildes vård och behandling. SIP har utvecklats under året genom inskrivning i Mobilt vårdteam, MVT. SIP är obligatorisk och görs med samtliga patienter som skrivs in i vårdformen.

6 Systematiskt förbättringsarbete

6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur ett patient- och brukarperspektiv

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 ur ett brukar- och patientperspektiv 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.

Risk- och händelseanalyser utifrån hälso- och sjukvårdslagen

- En utredning avseende hantering av hjälpmedelpaket i samband med planerad höft- och knäplastikoperation har genomförts. I utredningen ingick riskanalys, processbeskrivning, åtgärdsförslag och konsekvensbeskrivning. Förslaget blev att införa ett servicepaket bestående av vissa hjälpmedel som lånas ut utan förskrivning och förslaget beslutades av förvaltningarnas berörda avdelningschefer under hösten. Preliminär start sker under tidig vår 2019.
- Korttidsenhetsgemensam riskanalys har gjorts för att titta på vilka risker som finns med att ta emot nya patienter under kväll och helg. Åtgärder för att minska dessa risker togs fram.
- Riskanalys för delegering av personal från bemanningsteam och timvikarier gjordes under hösten 2018. Gruppen tog även fram flera åtgärder med syfte att minska på dessa risker. Riskanalysen låg därefter till grund för upprättandet av en ny rutin.
- En riskanalys genomfördes hösten 2018 för att se vilka risker ur ett patientperspektiv det finns när vi blir producenter i NPÖ. Gruppen kopplade därefter åtgärder till riskerna för att helt eliminera eller minska dessa risker.
- En riskanalys genomfördes gällande behörighetsinställningar för legitimerad personal i Procapita inför att man begränsade tillgängligheten till funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens patienter. Åtgärdsförslaget låg som grund för vidare arbete.
- Händelseanalys gjord efter att synpunkter inkommit från anhöriga där de har haft uppfattningen att vi brustit i vården.

Risk- och händelseanalyser utifrån socialtjänstlagen

- Riskanalys har skett i omorganisationsprocesser utifrån brukarperspektiv, där brukare till följd av omorganisation behövt byta tillhörighet av hemtjänstgrupp och kontaktman. Fokus låg på risken för bristande kontinuitet. Utifrån identifierade risker vidtogs åtgärder som var riktade till att säkra att kontaktmannskapet för brukarna i samband med omorganisation och att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan.
- Riskanalys, delutvärdering av resursgrupp är genomförd och uppföljd.
- Riskanalys med fokus på enskilda brukares säkerhet har gjorts i specifika situationer till exempel då anhöriga förhindrat hemtjänstens arbete.

- Händelseanalys genomfördes då brukare tackade nej till beviljade insatser.
- Utifrån registrerade avvikelser har riskanalys genomförts på korttidsboende, detta med anledning av risk för att brukare med bristande orienteringsförmåga beger sig från korttidsenheten. Åtgärder utifrån riskanalysen blev att man installerade larm på altan och balkongdörrar så medarbetare får kännedom om när någon passerar dörren.
- Händelseanalys utifrån anhörigs synpunkter på brister i informationsöverföring mellan korttidsboende och anhöriga är utförd och utifrån resultatet har nya rutiner arbetats fram.

6.2 Genomförda egenkontroller

Egenkontroll är en del i det systematiska förbättringsarbetet och ska ske kontinuerligt i varje verksamhet utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroll ska ske utifrån den enskildes perspektiv och innebär att den enskilde som har insatser ska känna sig trygg och säker i kontakten med vård- och omsorgsverksamheterna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uttrycker även att egenkontroller ska användas till utvärderingar och jämförelser från föregående års arbete inom verksamheten.

Observationsstudie av följsamhet till läkemedelsrutinen

En observationsstudie av överlämnande av läkemedel genomfördes under året. Syftet med observationsstudien var att identifiera var i processen ”överlämnande av läkemedel” som eventuella fel uppstår. Detta för att kunna vidta adekvata åtgärder som ett led att minska antalet missade läkemedelsdoser. Observationsstudien var en ögonblicksobservation och utfördes under hösten 2018. Kvalitetsutvecklare HSL observerade delegerad omvårdnadspersonal i samband med överlämnande av läkemedel och omvårdnadspersonalen fick i förväg information om planerad observation.

Totalt 15 observationer utfördes inom ordinärt boende. Resultatet visade att vid samtliga observationer överlämnades läkemedel tillsammans med dryck, intaget kontrollerades, given dos signerades, och ordinationshandlingen var tydlig. Vid drygt hälften av observationerna (56,7 %) kontrollerades signeringslistan före överlämnandet. Vid 70 % av observationerna tog personalen fram läkemedelslistan och läste den före överlämnandet. Kontroll av dospåse avseende datum utfördes i hälften av observationerna. Kontrollräkning av antalet tabletter utfördes vid 80 % av observationerna. Identitetskontroll utfördes i 16 % av observationerna.

Resultatet visade att det fanns stora brister i förberedelser inför överlämnandet då de basala hygienrutinerna inte följdes. Endast 26,7 % desinficerade händerna före arbetsuppgiften. Detta påverkar visserligen inte antalet avvikelser men är värt att notera då det finns utrymme för förbättrat arbetssätt.

Personalen uppger stress, oklar ansvarsfördelning då HSL-uppdraget står på bådars LapsCare-schema vid dubbelbemanning. Ingen signerade utfört uppdrag på LapsCare schemat då de var hos patienten, detta gjordes senare på kontoret.

Resultatet ledde till att en arbetsgrupp skapades för åtgärder för att förbättra kvaliteten.

Punktprevalensmätning (PPM) basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Under 2018 genomfördes punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nationella mätmetod. Mätningen gjordes på all personal, oavsett yrkesgrupp, som var involverade med patienten vid mätningstillfället. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler kontrollerades genom observationsstudier som skedde under en i förväg angiven tidsperiod. 70 observationer genomfördes i hemtjänsten och 40 observationer inom enhet korttid.

Följande parametrar observerades:

Basala hygienrutiner:

- Korrekt desinfektion av händerna före patientnära arbete
- Korrekt desinfektion av händerna efter patientnära arbete
- Korrekt användning av handskar vid kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor
- Korrekt användning av engångsförkläde av plast

Klädregler:

- Korrekt arbetsdräkt
- Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor
- Naglar ska hållas korta samt fria från nagellack och konstgjort material
- Hår ska vara kort eller uppsatt

Resultatet visade en följsamhet gällande basala hygienrutiner på 34 % i hemtjänsten och 40 % inom korttid. Följsamheten för klädregler var 76 % inom hemtjänsten och 75 % inom enhet korttid.

Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråden har genomförts under hösten. Den webbaserade egenkontrollen omfattade olika delar i läkemedelshanteringen, från beställning av läkemedel till utlämnande av läkemedel från läkemedelsförrådet. Resultatet har sammanställts i en rapport och de brister som identifierats har redovisats till enhetschefer HSL och överlämnats till ansvarig sektionschef. Uppföljning kommer att ske under våren 2019.

En kartläggning av följsamheten till läkemedelsrutinen genomfördes i en hemsjukvårdsgrupp under 2018. Vid kartläggningen uppmärksammades att arbetssättet väsentligt skilde sig från övriga sektioner. Ett protokoll utarbetades och förbättrades efter kartläggningen i samråd med sjuksköterskor. Detta protokoll kommer vara grunden för en egenkontroll hos samtliga sjuksköterskor inom hemsjukvården under 2019.

Egenkontroller utifrån SoL

- Personalkontinuitetsmätning inom ordinärt boende har skett enligt fastställd mall.
- Genomgång av antalet aktuella genomförandeplaner har skett månadsvis.
- Egenkontroller har under året skett avseende kvaliteten i social dokumentation samt genomförandeplaner.
- Regelbunden genomgång och analys av avvikelser i avvikelssystemet Flexite.

6.3 Rehabiliterande förhållningssätt

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

- Rehabiliterande förhållningssätt är en del av introduktionen av ny personal och är ett naturligt inslag i hemtjänstens arbetssätt.
- Att man i genomförandeplanen tar tillvara brukarens möjlighet att utföra det som de kan.
- Utbildning har skett i vissa sektioner i rehabiliterade förhållningssätt där behov uppstått.
- Fortsatt arbete i de grupper som haft handledningsveckor i cirka två år. Handledningsveckor innebär att legitimerad personal inom enhet hemsjukvård rehabilitering handleder och stöttar omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet.

6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden

- En arbetsgrupp har utarbetat en rutin för kvalitetsråd på sektionsnivå och avdelningsnivå. Enligt det nya arbetssättet ska kvalitetsråden på sektionsnivå syfta till att arbeta med kvalitetsutveckling med utgångspunkt i verksamhetens avvikelser och ska vara en del av förvaltningens arbete utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelse utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska analyseras och åtgärdas. Kvalitetsråden ska bedriva ett systematiskt och fortlöpande utvecklingsarbete. Vidtagna åtgärder ska utvärderas för att ge ett bra underlag för det förebyggande arbetet. Arbetet med kvalitetsråd ska även leda till en ökad förståelse för avvikelse rapporteringens betydelse för sektionernas kvalitetsarbete. Dokumentationen ska användas som underlag vid upprättande av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Enligt rutinen ska kvalitetsråd på avdelningsnivå syfta till att ge stöd i avdelningens arbete med att identifiera och analysera orsaker till avvikelser och ska vara en del av förvaltningens arbete med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelse utifrån socialtjänstlagen, utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska analyseras. Kvalitetsrådet ska identifiera mönster och trender, diskutera insatta åtgärder samt följa upp detta arbete. Som en del i det preventiva arbetet ska goda exempel spridas och lärande diskussioner föras. Kvalitetsrådet ska vara ett forum för dialog och inspiration och ska utgöra en möjlighet till att gemensamt lämna förslag på aktiviteter för att utveckla kvaliteten i verksamheten. Eventuella beslut lyfts till och beslutas i ledningsgruppen tillsammans med avdelningschefen. Dokumentationen ska användas som underlag vid årligt upprättande av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

- Under 2017 genomförde Stadsrevisionen en granskning av läkemedelshandlingen inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. Vid granskningen identifierades ett antal områden som nämnden rekommenderades att vidta åtgärder kring. Utifrån identifierade områden har följande åtgärder gjorts:
 - Granskningen av hantering av avvikelser kopplade till läkemedel har gjorts inom intern kontrollplan. För ordinärt boende följdes analystiden i 16 % av avvikelserna. Flera avvikelser analyserades upp till 2 månader efter att registreringen gjordes. Granskningen visar på brister i hantering av avvikelser i systemet. Analysen visar på att det finns brister i kunskap och utbildning i avvikelssystemet Flexite. Resultatet ledde till utbildning i systemet för enhetschefer, sektionschefer och legitimerad personal. Processen har kvalitetssäkrats genom förändrad hantering av HSL- avvikelser och enhetschefer har fått en aktiv roll i godkännande av åtgärder för de

- avvikelser som lett till mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Effekten av insatta åtgärder förväntas öka kunskapen och kvaliteten i hanteringen av avvikelser.
- Medicinskt ansvariga har gjort en tydligare process för läkemedelshantering. Processen har kopplats till aktiviteter och rutiner. Läkemedelsprocessen beskriver hur hanteringen av läkemedel ska gå till, från ordinationen till intaget av läkemedlet. Processen har nyligen publicerats på malmo.se samt lagts som en nyhet på Komin. Processen kommer även att informeras i medicinskt ansvarigas nyhetsbrev.
 - Samtliga sjuksköterskor tillsammans med sektionschefer skulle gå igenom rutinen för överlämnande av läkemedel en gång under våren och en gång under hösten 2018. Resultatet visar att sjuksköterskorna i sex hemsjukvårdsgrupper har gjort genomgång av rutinen för alla de hemtjänstgrupper som de har ansvar för. Inom övriga tre hemsjukvårdsgrupper har genomgång gjorts på några hemtjänstgrupper, medan några återstår. Anledningen till att genomgång inte gjorts enligt plan uppges bero på sjukdom, semester samt omorganisation. Detta har lett till ett förtydligande av tillvägagångssätt och ansvar vid läkemedelsöverlämnandet. Aktiviteten kommer att fortsätta under 2019. Kvalitetsutvecklare HSL har tagit fram ett gemensamt bildspel som ska användas vid genomgången med hemtjänstpersonalen.
- Utbildning i journalsystemet Procapita har erbjudits till legitimerad personal. Utbildningen fortsätter att erbjudas under 2019 och kommer att följas upp bland annat via intern kontroll genom kollegial granskning.
 - Förvaltningen planerar för att 2019 bli producent i NPÖ, vilket innebär att Region Skåne kan ta del av uppgifter i förvaltningens journaler.
 - En partssammansatt grupp har bildats för att hantera frågan om åtgärder utifrån resultatet av PPM-mätningen samt hur mätningen ska genomföra 2019.
 - Implementering av handledningsveckor i rehabiliterande förhållningssätt kommer att ske successivt i alla grupper.
 - Samtliga sjuksköterskor inom hemsjukvården kommer i mars 2019 utföra en egenkontroll på följsamhet till läkemedelsrutinen enligt det protokoll som utarbetats under 2018. Sjuksköterskorna kommer kontrollera hur följsamheten till läkemedelsrutinen fungerar på tre olika patienter var. Detta ger cirka 600 observationer.
 - En arbetsgrupp har fått i uppgift att se över hur implementering av SBAR till legitimerad personal samt till omvårdnadspersonal ska kunna göras under 2019.
 - Projektet ”Implementering av Senior alert inom ordinärt boende” inom enhet Katrinetorp avslutades i november 2018. En ny implementeringsplan och uppdaterad rutin beslutades i oktober och arbetet med implementeringen inom ordinärt boendes övriga enheter startade i november inom enhet Kalkbrottet. Inför uppstarten fick hemtjänstgruppen i sektionen en utbildning om Senior alert och sedan fick administratörerna och HSL-personalen i teamet ytterligare en utbildning.
 - En arbetsgrupp håller på att titta på en Handbok för vård utanför sjukhuset som identifierar vissa moment som kan innebära risker för patientsäkerheten.

- Palliativ vård-strategi för ordinärt boende håller på att utarbetas av kvalitetsutvecklare HSL. Strategin kommer bestå av utbildning i palliativ vård. Ny webbsida för palliativ vård som belyser hörnstenarna enligt Socialstyrelsens intention, arbete med att öka teamarbete, förbättra registrering i palliativregistret, arbete med referensgrupp palliativa ombud.
- 2018 hade förvaltningen en gemensam introduktion för sommarvikarier. Utvärdering gav att sommarvikarier överlag var nöjda med introduktionen och att de känt sig trygga i sitt arbete inom förvaltningen. Erfarenheter från årets introduktion tas nu med i ett övergripande arbete kring introduktion för sommarvikarier och övriga nyanställda under året.
- Under 2019 kommer flera workshop anordnas med syfte att förbättra kvaliteten i SVU-processen och SIP. Dessa workshoppar vänder sig till personal, både inom Malmö stad och Region Skåne, som arbetar med att planera för utskrivningen från slutenvården.

Under 2018 har det inom socialtjänstlagens ansvarsområde påbörjats utvecklingsområden som fortlöper under 2019:

- Kontinuitetsprojektet Malmömodellen: Malmömodellen består av två delar. Den ena delen av projektet avser implementeringen av det nya planeringsverktyget Lifecare planering; fortsatt arbete med handbok och likvärdig planering sker under 2019. Syftet är att verksamheten ska vara mer resurssmart och på ett bättre sätt planera verksamheten utifrån brukarens behov. Den andra delen består av att implementera en modell för tillitsbaserad styrning och ledning av hemtjänsten för att höja personalkontinuiteten.
- Utökad hemtjänst: Utökad hemtjänst syftar till att skapa och stärka en trygg övergång för brukare/patient och deras anhöriga som upplever stor oro inför hemgång från slutenvården eller korttidsvård och har omfattande behov av vård och omsorg. Utökad hemtjänst erbjuds i den ordinarie verksamheten (hemtjänst). Extra resurser tillförs i syfte att kunna ge mer tid och säkra personalkontinuiteten där ordinarie kontaktman är huvudsaklig utförare av insatserna den första tiden. Projektet testas i pilotform i fyra hemtjänstgrupper inom en enhet.
- Resursgruppen: Projektet kring resursgruppen har införts inom en enhet. Där finns färre delade scheman (dvs. att hålla schemat intakt och inte dela planerade insatser på flera medarbetare) som medför mindre risk för att insatser uteblir. Arbetsformen förväntas bidra till att öka kvaliteten i omsorgen, bland annat genom ökad kontinuitet för brukarna, som i högre grad möts av samma personer istället för att ersättas av timvikarier.
- Mobil dokumentation: Syftet med att införa mobil dokumentation är att skapa en bättre och effektivare planering samt kommunikation och dokumentation för omvårdnadspersonal inom ordinärt boende, både för att öka kvaliteten för brukaren, förebygga avvikelser och förbättra arbetsmiljön för medarbetare.
- Strategi för demensvård: En strategi för avdelningens arbete med demensvård är under framtagande. Utgångspunkten är att skapa likvärdighet för Malmöbon samt skapa likvärdiga förutsättningar inom samtliga hemtjänstenheter.
- Hemtjänstgrupper i en enhet har organiserats om i mindre team i syfte att förbättra personalkontinuitet och att säkra en god vård och omsorg för brukarna.

- Fortsatt arbete med implementering av Senior alert inom ytterligare en enhet.
- Fortsatt kvalitetsarbete gällande upprättande av genomförandeplaner både kvalitativt och kvantitativt, samt utifrån utarbetad anvisning upprätta genomförandeplaner även gällande alla brukare som endast har trygghetslarm.
- Utbildning av dokumentationshandledare har genomförts under hösten och kommer att fortsätta under 2019. Fortsatt arbete med den sociala dokumentationen och kontinuerliga träffar för dokumentationshandledarna har startats upp.
- Utifrån resultat från brukarundersökningen har man i en enhet gjort fördjupade brukarintervjuer i hemtjänst samt att handlingsplan har framtagits för att uppnå högre brukarnöjdhet.
- Ny nattorganisation är genomförd inom hela avdelningen ordinärt boende.

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.

Hjälpmedel: avser brister i hantering av hjälpmedel (*ny parameter 2018*)

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	877	63	14	16	0	6	238	96	5	1 315

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	1 047	80	18	8	11	336	113	1	1 614

6.5.1.2 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser

Jämförelse över tid

Antalet registrerade avvikelser övergripande i ordinärt boende har minskat med 299 avvikelser jämfört med 2017. Största minskningen har skett gällande brister (-170) samt under synpunkter (-98). Det är två enheter som står för mer än hälften av minskningen.

Brister

En minskning har skett över tid gällande inkomna brister. Den största minskningen har skett inom personlig vård och larm. Extra fokus har skett under året på händelser kring larm. Bristerna består i de flesta fallen av fördröjning av larm oftast beroende på otydligheter vid skiften dag/kväll/natt, brister i nyckelhantering beroende på taggar/nycklar inte fungerar/fel nummer på nycklar och att dörrlarm inte satts på.

Misstänkta stölder

Antalet inrapporterade misstänkta stölder har minskat något från 113 (2017) till 96 (2018). Under hösten 2017 inleddes en förvaltningsövergripande arbetsgrupp sitt arbete för att öka möjligheten att förebygga denna typ av negativa händelser. Arbetsgruppens har fortsatt under 2018 med att ta fram gemensamma förvaltningsövergripande rutiner för utredning av misstänkta stölder både för socialt ansvarig samordnare (SAS) och HR-avdelningen.

Synpunkter/klagomål

Antalet registrerade synpunkter/klagomål från brukare eller anhöriga har minskat från 336 (2017) till 238 (2018). Det kan finnas ett mörkertal vid registrering av synpunkter/klagomål från brukare eller deras anhöriga. Dessa registreras inte alltid in i systemet, vilket påverkar statistiken. Arbetet med att öka kunskapen hos den enskilde och anhöriga kring hur synpunkter/klagomål kan lämnas behöver fortgå inom förvaltningens samtliga verksamheter.

Inkomna synpunkter via malmo.se

Medborgarna har även möjlighet att via Malmö stads hemsida rapportera sina synpunkter och klagomål alternativt genom förtroendenämnden. Under 2018 inkom det 64 synpunkter eller klagomål till förvaltningen via Malmö stads hemsida.

Förtroendenämnden och Inspektionen för vård och omsorg

Förvaltningen har under året handlagt 15 ärenden från förtroendenämnden och 14 ärenden från Inspektionen för vård och omsorg och samtliga har utretts och besvarats enligt praxis. Många av ärenden var kända av verksamheten sedan tidigare och hade hanterats i verksamhetens avvikelssystem.

Värdighetsgarantier inom hemtjänsten

Avseende inkomna avvikelser inom hemtjänst, där hemtjänsten inte levt upp till värdighetsgarantierna som Malmö stad införde den 1 juli 2013. Syftet med de fem garantierna är att öka tryggheten och delaktigheten för brukarna som får hjälp från hemtjänsten.

Bedömning är att den värdighetsgaranti som fortfarande är svårast att uppfylla är att upprätta genomförandeplan inom två veckor från det att hjälpen har startat. Denna fråga bör lyftas då det hade varit mer rimligt med tre veckor från det att hjälpen har startat. Troligen finns ett visst mörkertal i avvikelserregistrering gällande värdighetsgarantin.

Övergripande kvalitetshöjande åtgärder 2018

- Ny rutin för hantering av synpunkter eller klagomål med bland annat förtydligande kring hantering av inkomna synpunkter eller klagomål.
- Beslut om upprättande av genomförandeplan för brukare med enbart trygghetslarm. Anvisningar har upprättats gällande genomförandeplan.
- Dokumentationshandledare har utsetts i varje hemtjänstgrupp och utbildning har genomförts. Samt regelbundna dokumentationshandledarträffar fortlöper.
- Granskning av aktualitet och om det finns upprättat genomförandeplaner har gjorts regelbundet. Resultatet visar en förbättring.
- Förtydligande har gjorts att vid misstanke om stöld ska den som upptäcker eller får kännedom om denna registrera en avvikelse i Flexite.
- Införande av nyhetsbrev från socialt ansvariga samordnare (SAS).

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	16	0	16

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

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	18	8	26

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	2	2

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	1	4	5

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 liknande missförhållande inträffar igen.

Det har skett en minskning av inrapporterade missförhållande jämfört med 2017. Under 2018 har ingen inrapportering skett gällande påtaglig risk för missförhållande. Detta kan bero på att förtydligande har gjorts gällande vad en påtaglig risk för missförhållande är. Den största minskning som har skett jämfört med 2017 är i utförandet av insatser. Procentuellt gällande beslut till IVO är det ingen större förändring över tid.

Vid allvarligare avvikelser samt lex Sarah har information skett i ledningsgrupper så att åtgärder kan genomföras i alla sektioner. Två rutiner som varit uppe under året är rutin för privata medel och rutin för när brukare inte öppnar dörren, båda är rutiner som åtgärd från lex Sarah-anmälan som skickades till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 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	159	6	1 925	57	126	19	15	135	19	2 461
Antal registreringar	159	6	1 925	57	126	19	15	135	19	2 461

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	213	7	2 116	68	120	62	14	169	13	2 782
Antal registreringar	213	7	2 116	68	120	62	14	169	13	2 782

6.5.2.2 Analys av inkomna avvikelser

Analys av avvikelser mellan 2017 och 2018 är svårt att göra då 2017 års siffror innehåller de verksamheter som från den 1 maj 2017 finns inom funktionsstödsförvaltningen.

Totalt har det under 2018 inkommit 2 461 avvikelser inom HSL. Av dessa inregistrerade avvikelserna avser 1 925 läkemedel vilket innebär en minskning från 2017 då 2 116 avvikelser avseende läkemedel registrerades. Under hösten 2017 granskade Stadsrevisionen i Malmö stad läkemedelshanteringen inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. I mitten av december 2017 kom stadsrevisionens rapport där flera förbättringsområden hade identifierats. Under 2018 genomfördes flera åtgärder kopplade till läkemedelshandling inom förvaltningen. Bland annat fick varje hemtjänstgrupp en genomgång av rutinen för överlämnande av läkemedel av ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig sektionschef. Genomgången gjordes en gång på våren samt en gång på hösten.

Det flesta läkemedelsavvikelser sker i överlämningsfasen. Av de 1 925 avvikelser som är relaterade till läkemedel är det 1 423 som avser att den enskilde ej fått ordinerad dos. Den vanligaste orsaken till att den enskilde ej har erhållit sina läkemedel har i huvudsak angetts som att medarbetaren inte har följt rutin eller försumlighet. Åtgärderna är oftast samtal med berörd,

samtal i grupp och efterlevnad av rutin. Dessa åtgärder har angivits i flera år och har inte tidigare visat på någon effekt. Verksamheterna har 2018 påbörjat flera olika åtgärder för att förbättra följsamheten till läkemedelsrutinen, vilket kommer utvärderas 2019.

I alla avvikelser riskbedömer legitimerad personal allvarlighetsgrad av konsekvensen för patienten samt sannolikheten för att händelsen ska inträffa igen. Flest avvikelser bedöms ha inneburit en mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Sannolikheten för upprepning bedömdes i de flesta fall som liten eller mindre.

Under åren har det upptäckts i flera internutredningar att det finns brister i legitimerad personals dokumentation. Detta har lett till att beslut tagits att under 2018 påbörja centrala utbildningar i Procapita för legitimerad personal. Avvikelser gällande bristande dokumentation har nu minskat från 213 stycken 2017 till 159 stycken 2018.

Brister i vården som lett till fallolycka har legat på samma antal 2017 som 2018. Dessa avser händelser där omvårdnadspersonal inte använder förskrivna hjälpmedel eller följer den ordination som legitimerande gett. Ingen av de inblandade patienterna drabbades av allvarlig skada vid dessa fall.

Avvikelser som rör medicintekniska produkter har minskat från 2017. Dessa avvikelser handlar oftast om att man inte hanterat eller kontrollerat medicintekniska produkter på rätt sätt. Gällande avvikelser som handlar om brister i omvårdnaden ligger de på samma nivå som 2017 och avser endast händelser där omvårdnad är utförd på ordination från legitimerad personal. Här ingår såromläggning, kompressionsbehandling, kontroll av vikt m.m.

Rehabiliteringsavvikelser har minskat mycket i jämförelse med 2017. Då var det många avvikelser som gällde försenade insatser och merparten var skrivna under sommarmånaderna då det fanns mindre resurser. Avvikelseerna var främst inom en rehabsektion. Konsekvens för berörda patienter hade i de flesta fall bedömts som mindre eller måttlig.

Antalet avvikelser inom medicintekniska produkter har sjunkit från 71 till 53. Minskningen ses främst inom avvikelser relaterat till hantering av personlyft och tryckavlastande hjälpmedel. Det färre antalet avvikelser kring personlyft kan bero på att Malmö stad numera har som rutin att minst en av de två som använder personlyften ska ha utbildning för det, en utbildning som erbjuds kontinuerligt under året. Kring tryckavlastande hjälpmedel kan det utökade användandet av Senior alert vara en bidragande faktor till minskningen.

Synpunkter som inkommer från anhöriga, patienten själv eller andra vårdgivare har minskat från 2017. Samtidigt registreras ett stort antal av dessa avvikelser på fel kategori vilket gör det svårt att analysera.

Åtgärden att två gånger om året gå igenom rutinen för läkemedelsöverlämnande kommer fortsätta inom avdelningen då effekten varit positiv med färre läkemedelsavvikelser. Flera områden har angett att de arbetar med systematiskt kvalitetsarbete för att minska avvikelser genom att ta upp avvikelser på APT, teamträffar samt kvalitetsråd. Åtgärder har även vidtagits för att förbättra samarbetet och överrapporteringar mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i syfte att minska risken för avvikelser.

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	2	2
Antal	2	2

Tabell från Flexite: lex Maria 2017

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	4	4
Antal	4	4

6.5.2.4 Analys av vårdskador och lex Maria

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller fysisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada anses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Antalet anmälningar enligt lex Maria har minskat från fyra anmälningar 2017 till två anmälningar 2018.

Orsaker till händelserna har identifierats och analyserats. Utifrån identifierade orsaker har åtgärdsplaner utarbetats och förankrats i verksamheterna. Uppföljningar av åtgärdena har gjorts under 2018. Inspektionen för vård och omsorg har bedömt att vårdgivaren har uppfyllt kraven i sin utrednings- och anmälningsskyldighet.

Information om händelserna har gjorts till såväl berörd hälso- och sjukvårdspersonal som till andra verksamheter, i syfte att förhindra att liknande händelser sker igen.

6.5.3 Sammanställning av fallavvikelser

6.5.3.1 Fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	6 723

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2017

	Fall
Antal fall	7 219

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”.

När en fallavvikelse skrivs sänds den i Malmö stads avvikelssystem till områdesansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut. De skickar ofta avvikelserna för kännedom till områdesansvarig sjuksköterska.

Antalet fallavvikelser minskade något från 7 219 stycken 2017 till 6 723 stycken 2018.

Av de som föll ledde 107 till någon form av fraktur och av de var 54 en höftfraktur. Andelen frakturer är samma som 2017.

Cirka 1 700 ledde till någon form av skada såsom smärta, svullnad, sår m.m. vilket är ungefär samma andel som 2017.

Arbetet med fall sker framförallt på teamträffarna då fallen diskuteras men i någon sektion används Senior alert för att bedöma risker och se över lämpliga åtgärder.

De flesta åtgärder består i att se över hjälpmedel och informera om fallpreventiva åtgärder.