



Malmö stad

# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse – avdelningen för särskilt boende**

---

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.....	6
3.4 Övergripande mål och strategier för 2019 .....	6
<b>4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b> .....	<b>7</b>
<b>5 Samverkan</b> .....	<b>9</b>
5.1 Kommungemensam samverkan .....	9
5.2 Samverkan HSL och SoL .....	10
5.3 Samverkan SoL .....	11
5.4 Samverkan HSL.....	11
5.5 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående.....	12
<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.....	15
6.5 Utredning av avvikelser .....	17

# 1 Sammanfattning

## 1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året

- Verksamheterna arbetar med systematiskt kvalitetsarbete i form av bland annat teamträffar och kvalitetsråd.
- Verksamheterna har under året fortsatt arbetat med implementeringen och utvecklingen av de tre nationella kvalitetsregistren, Senior alert, BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) och svenska palliativregistret.
- Anhörigombuden har under året haft ett gemensamt nätverk för att utbyta erfarenheter och utveckla arbetssätt. Samtliga chefer har gått utbildning i anhörigstöd.
- Process för fördjupat värdegrundsarbete kopplat till Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen har tagits fram och kartläggningar och förbättringsarbete har genomförts på sex boenden.

## 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.
- 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 har skapats för att säkra upp delegeringsprocessen gällande medarbetare inom bemanningenheten.
- Sjuksköterskor har gått utbildning i beslutsstödet, Vår planering och informationsöverföring i en samlad modell (VISAM). Beslutsstödet är dels ett verktyg för sjuksköterskan att använda vid bedömning av vårdnivå och vid försämrat hälsotillstånd men också ett verktyg för ett mer strukturerat sätt att överrapportera.

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

- Dokumentationsombud har utsetts för varje verksamhet och träffar har genomförts med socialt ansvariga samordnare (SAS) och övergripande systemansvariga (ÖSA). Syftet är att bidra till en utveckling av kvaliteten i dokumentationen och genomförandeplanerna.
- Rutiner för kvalitetsråd på enhets- och sektionsnivå har tagits fram och arbetet med att implementera det nya arbetssättet har pågått under året.
- En gemensam rutin och arbetssätt för teamsamverkan har arbetats fram under året.
- En ny avdelningsövergripande rutin har tagits fram för det fortsatta arbetet med kvalitetsregistret Senior alert.
- Kontaktmannaskapet har tydliggjorts i syfte att utveckla stödet och tryggheten för den enskilde.

## 1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året

- Samtliga verksamheter har haft kick-off för Skånes hälso- och sjukvårdsavtal (HS-avtalet) och påbörjat inskrivning i mobila vårdteam. I samband med detta har samordnad individuell plan (SIP) upprättats.

- Resultatet i brukarundersökningen visar att det behövs ett fortsatt arbete för att utveckla innehåll och kvalitet i verksamheterna och fördjupade intervjuer gjordes under slutet av 2018 för att resultera i förbättringsåtgärder under 2019.
- Som ett resultat av utbildning i journalsystemet Procapita har antalet avvikelser kopplat till dokumentation minskat.

## **1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år**

- Fortsatt fokus på regelbundna träffar med verksamheternas dokumentationsombud.
- Utveckla metoder för att tydliggöra och vidareutveckla det systematiska kvalitetsarbetet och uppföljningar i verksamheterna.
- Arbetet med mottagna synpunkter/klagomål från enskilda och deras anhöriga behöver utvecklas och förbättras inom samtliga verksamheter.
- Fortsatt inskrivning i mobila vårdteam och upprättande av samordnad individuell plan (SIP).
- Projekt för införande av digitala signeringslistor på fyra särskilda boende med syfte att öka kvaliteten i läkemedelshandlingen och vid rehabiliteringsinsatser.
- Avdelningen kommer öka sin satsning på det fallförebyggande arbetet genom att rikta mer resurser till specifika insatser.
- Kvalitetsarbete kommer att ske inom de boenden där medarbetare lagar maten i syfte att öka kompetensen inom kost och näringslära.

## 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

Inom avdelningen finns det 1 540 platser varav 700 är riktade mot vårdboende och 840 mot gruppboende. Under året konverterades 32 platser från vårdboende till gruppboende.

#### 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 *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

I hälso- och sjukvårdsavtalet 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 utvecklingsområden 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). Malmö stad har tillsammans med Region Skåne upprättat en genomförandeplan för inskrivning av patienter på särskilda boenden som påbörjades under 2017 och som har fortsatt under 2018 - totalt är 276 patienter inskrivna i MVT på särskilt boende. Genomförandeplanen följs kontinuerligt upp och redovisas i delregional tjänsteberedning samt på politisk nivå. Inom särskilt boende har sju HS-ambassadörer utsetts.*
- **Utvecklingsområde 2:** - *Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande. Målgruppen omfattar personer som har kommunal hemsjukvård och som under en 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 tidvis sviktande kan ske först när den teambaserade vårdformen säkerställts. I Malmö uppfyller MVT behoven för tidvis sviktande patienter, teamet utökas med fler läkare under 2019.*
- **Utvecklingsområde 3:** - *Utveckling av proaktivt arbetssätt och stöd till riskgrupper. Gemensamma strategier ska tas fram för att kunna identifiera personer med hög risk för att utveckla ett omfattande och långvarigt vårdbehov. En plan för detta ska utarbetas 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 framkom bl.a. att det saknas skriftliga rehabiliteringsuppdrag. Detta gäller såväl Region Skåne som de skånska kommunerna. Två arbetsgrupper har bildats där medarbetare från Malmö stad finns representerade i grupperna. Rehabiliteringsgruppen ska ta fram vad kommunal rehabilitering innebär och ta fram mallar och strukturer för kommunala vårdprogram. Hjälpmedelsgruppens syfte är att genomlysas och föreslå förändringar avseende kommunal hjälpmedelshantering i Skåne.*

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.

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 enskilda 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 utskrivning. Nätverksgrupp för samverkan vid utskrivning mellan Region Skåne, Malmö stad och kommunerna i sydväst träffas regelbundet.

Den regionala samrådsgruppen för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) träffas regelbundet med syfte att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en informationskanal mellan MAS/MAR-nätverken och Kommunförbundet Skåne.

Från den 1 november 2017 gäller nytt avtal för nutritionspumpar. Region Skåne har beslutat att det i varje kommun ska finnas ett lager av reservpumpar. Malmö stad har tilldelats tio reservpumpar som fördelas mellan funktionsstödsförvaltningen och hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen. Rutinen gäller endast för utbyte av pump som inte fungerar. Pumparna är nu fördelade på korttidsboendena Mathildenborg, Söderkulla och Lundavägen. Rutinen är publicerad på ”resurssida för sjuksköterskor”.

## 5.2 Samverkan HSL och SoL

- Samtliga enheter har under året arbetat med kvalitetsregisterna BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) och Senior alert i varierande utsträckning. Inom en enhet har sjuksköterskorna även arbetat med svenska palliativregistret och de handleder och utbildar omvårdnadspersonalen både i det dagliga arbetet och på arbetsplatsträffar. Kvalitetsregister möjliggör att teamet runt den enskilde strukturerat och systematiskt kan identifiera och planera åtgärder samt följa upp och utvärdera insatser.
- Inom flera enheter har det under året hållits möten mellan omvårdnads- och legitimerad personal. Dessa möten har kallats olika beroende på struktur i de före detta stadsområdena men har haft samma syfte, dvs. att samverkan ska ske med den enskilde i fokus. En ny övergripande rutin för avdelningen har tagits fram för teamsamverkan inom samtliga enheter. Vid teamträffar medverkar både omvårdnadspersonal och legitimerad personal för att ge möjlighet till tvärprofessionella beslut.
- Samtliga enheter har tagit kontakt med förvaltningens Silviasystrar, demenssköterska och/eller psykiatrisjuksköterska vid behov av handledning och konsultation.
- Under året har arbetet med kvalitetsråd på enhets- och sektionnivå implementerats inom avdelningen. Rutiner har tagits fram och regelbundna kvalitetsråd har hållits i verksamheterna med undantag av några få och då relaterat till legitimerad personals svårighet att delta. På kvalitetsråden analyseras orsaker till rapporterade avvikelser i syfte att se mönster. I det tvärprofessionella arbetet föreslås åtgärder och dessa följs upp på nästkommande kvalitetsråd.

- Samtliga verksamheter har haft kick-off för hälso- och sjukvårdsavtalet tillsammans med primärvården kring hur man kan samarbeta med inskrivning av patienter i mobilt vårdteam (MVT). Flera enheter har startat upp arbetet med SIP som innebär att tvärprofessionellt i teamet, tillsammans med primärvård samt enskilda fram en samordnad individuell plan.
- I samband med vårdplanering på sjukhuset sker samverkan mellan avdelningen och avdelningen för myndighet i syfte att säkerställa en god vård vid överflyttning från slutenvård till det särskilda boendet.

### 5.3 Samverkan SoL

- Samtliga enheter har under året samverkat med myndighetsavdelningen då enskilda flyttat in på särskilt boende, vid uppföljning av biståndsbeslut och upprättande av genomförandeplaner. Inom en enhet har samverkan skett med biståndshandläggare i samband med kvalitetsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner på ett särskilt boende.
- Vid behov av stöd eller handledning i anhörigfrågor har förvaltningens anhörigkonsulenter kontaktats.
- Samverkan har också under året skett med överförmyndarnämnden, Studieförbunden, Svenska kyrkan, Lions, Plenavite (Zumba), Cykling utan ålder, Pensionärernas riksorganisation (PRO), kulturförvaltningen samt volontärer.

### 5.4 Samverkan HSL

- Inom avdelningen finns tillhörande enhet för hälso- och sjukvårdsinsatser. Inom enheten är all legitimerad personal organiserad. Syftet är att få en mer likvärdig vård, behandling och rehabilitering inom avdelningen. Det görs bland annat genom att tydliggöra legitimerad personals uppdrag och att man ser över gemensamma rutiner. Under november månad startade även en egen kvälls- och helgorganisation för sjuksköterskor.
- I samband med HS-avtalet har det identifierats ett behov av kompetensutveckling hos sjuksköterskor. I samarbete med Malmö universitet har elva sjuksköterskor inom särskilt 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/sjuktymnaster. Tillsammans med Lunds universitet har fem medarbetare inom avdelningen påbörjat en uppdragsutbildning i fördjupad sjukdomslära. Utbildningen planeras vara klar under våren 2019.
- I takt med att fler blir allt äldre och behöver hjälp och stöd med sin dagliga omvårdnad ökar även behovet av munvård och en tillfredsställande munhälsa. För att minska risken för ohälsa i munhålan hos den enskilde har verksamheterna ett nära samarbete med Oral Care - Mobil tandvård.
- Auskultation hos ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och samverkansmöten har hållits i flera områden i syfte att öka förståelsen för varandras uppdrag med mål att förbättra kvaliteten för den enskilde.
- Samarbete med Minneskliniken, i syfte att öka kompetensen hos personalen kring demenssjukdomar men även i konsultations- och rådgivningssyfte.
- Sjuksköterskorna medverkar vid läkemedelsgenombgångar tillsammans med primärvårdens läkare eller läkare från MVT. Syftet är att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem och att säkerställa att den enskilde har aktuell och korrekt

läkemedelslista.

- Samarbete med Vårdhygien i Skåne i samband med smittspridning har lett till att hygienronder successivt kommer att införas i verksamheterna.
- 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 den enskildes vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. Förutsättningen för att läsa i NPÖ är att den enskilde ger sitt samtycke, att det finns en pågående vårdrelation och att uppgifterna behövs för att ge den enskilde 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 hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen att bli producenter i NPÖ, vilket innebär att Region Skåne och primärvården får direktåtkomst till uppgifter skrivna i Malmö stads journalsystem.
- Förvaltningen har en HS-koordinator som håller ihop arbetet med HS-avtalet inom Malmö stad. HS-koordinatören 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.

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

- Verksamheterna samverkar med den enskilde och anhöriga i samband med att de lämnat synpunkter/klagomål. Den enskilde och dennes anhöriga involveras även vid utredningar av inregistrerade avvikelser. Vidare informeras de och ges möjlighet att lämna synpunkter vid en lex Maria-anmälan.
- En samordnad individuell plan (SIP) ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, oavsett personens ålder eller behov. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. Den enskilde 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.
- Om den enskilde önskar och samtycker, erbjuder kontaktmannen anhöriga att delta i samband med möten såsom välkomstsamtal och upprättande av genomförandeplan. I både kontaktmannaskapet och i det dagliga arbetet ingår det att finnas tillhands för den enskilde och anhöriga samt att erbjuda stödjande samtal.
- I flertalet enheter har det under året hållits både mat- och boenderåd där också anhöriga erbjudits att delta.
- Flera enheter har samverkat med anhörigföreningen.
- Anhöriga har bjudits in till olika sammankomster och en del boenden arbetar med sociala medier och nyhetsbrev.
- Inom en enhet har anhörigsamtal erbjudits av omvårdnadspersonal varje halvår och även närståendekoordinator finns att tillfråga inom de enheter som har växelvårdsplatser.
- Avdelningen har under året arbetat med en rad olika åtgärder i syfte att utveckla anhörigkompetensen. Anhörigcirkel har påbörjats och dessa ska utgöra ett stöd till anhöriga där de kan träffas, få information och utbyta erfarenheter. Vidare har implementering av anhörigombud på samtliga boenden påbörjats och alla sektionschefer har gått en utbildning i anhörigstöd samt genomfört en webbaserad

anhörigstödsutbildning. Under 2019 kommer samtliga medarbetare gå samma webbutbildning och syftet är att alla medarbetare ska erhålla en baskunskap för att möjliggöra ett bättre stöd till anhöriga.

- Gemensamma rutiner gällande anhörigstöd ska tas fram.

## 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 hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen 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 från 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.

HSL, riskanalyser:

- Flera verksamheter beskriver hur de använder riskanalys vid förändringar som kan påverka verksamheten eller när det uppstår problem som kan härledas till ett arbetssätt. Exempel på riskanalyser som genomförts är kring delegering av personal i bemanningsenheten, behörighetsinställningar för legitimerad personal i journalföringssystem, producent- och konsumentroll NPÖ och smittspridning av meticillinresistenta stafylokocker aureus (MRSA). Ofta har riskanalysen medfört att nya rutiner införts, handlingsplaner upprättats och nya arbetssätt implementerats.
- Flera verksamheter redovisar att de gör riskanalys i samband med vård och behandling av enskilda och då med hjälp av kvalitetsregister såsom Senior alert och BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom).
- En riskbedömning görs också alltid i samband med skyddsåtgärder.

SoL, riskanalyser:

- Flera enheter har under året genomfört riskanalyser. De har bl.a. avsett enskilda med särskilda behov, den enskildes bostad, enskilda med demensdiagnoser som önskar gå ut på egen hand, våld mellan enskilda, utifrån BPSD- och bemötandeplaner samt Senior alert. Även munbedömningar och enskilda som röker har under året föranlett riskanalyser.
- Inför minskad bemanning nattetid och inför sommarsemesterperioden då vikarier är inne i verksamheterna i större utsträckning än annars under året, har riskanalyser genomförts.

SoL, händelseanalyser:

- En enhet har gjort en händelseanalys utifrån SoL-avvikelser och inom en annan enhet har en händelseanalys gjorts utifrån enskilda med ett utåtagerande beteende.

### 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.

- Inom samtliga enheter har rutinen för hantering av privata medel aktualiserats under året. Detta har gjorts inom ramen för intern kontroll. I vissa verksamheter har kontroll av följsamhet till rutin gjorts för att säkerställa hantering och redovisning av den enskildes privata medel.
- I kvalitetsutvecklingsyfte har det på 18 särskilda boenden utförts 70 måltidsobservationer under 2018 för att hitta eventuella förbättringsområden. Redovisningen av måltidsobservationerna visar att det var stor spridning i vad som observerades. Resultaten har genomarbetats tillsammans med enheten för Forskning och utveckling inom den strategiska avdelningen och lett till en ny rutin för måltidssituationer samt en ny mall för måltidsobservationer kopplat till FAMM – *Five aspects of meal model*. Malmö stads dietister kommer att placeras i kostenheten vilket gör att deras kompetens kommer brukarna bättre till gagn.
- Webbaserad egenkontroll av läkemedelsförråden är genomförd och omfattar 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.
- Under våren 2018 gjordes en inventering av omvårdnadspersonalens tillgång till läkemedelsnycklar. Enskilda som bor i särskilt boende ska ha sina läkemedel inlåsta. Endast legitimerade sjuksköterskor med formell utbildning och omvårdnadspersonal med delegering i läkemedelshantering ska ha tillgång till läkemedelsnycklarna. Läkemedelsnycklarna får inte lämna arbetsplatsen och är inte personbundna. Granskningen visade bland annat att nycklar fanns i privata nyckelknippor, i den enskildes nyckelknippa och att de förvarades i gemensamma nyckelskåp. På flera enheter saknades nyckelkvittering för uttag och inlämning av nyckel när arbetspasset är slut. Åtgärdsförslag är lämnade till ansvariga enhetschefer och beslut är fattat av ledningsgruppen att tillgången till läkemedelsnycklar ska vara begränsad och styrd av tydliga rutiner på samtliga boenden. Inriktningen för att säkerställa överlämnandet av läkemedel är att minska antalet inblandade i överlämningen.
- En observationsstudie med syfte att identifiera var i processen ”överlämnande av läkemedel” som eventuella fel uppstår. Detta som ett led i att minska antalet missade läkemedelsdoser. Resultatet visade att delegerad personal i stort överlämnade läkemedel enligt rutin. Dock kontrollerades signeringslistan före överlämnandet i endast hälften av fallen och endast 33 % gjorde identitetskontroll. Vidare visade resultatet att det fanns stora brister i förberedelser inför överlämnandet då de basala hygienrutinerna inte följdes. Detta påverkar inte antalet avvikelser men är värt att notera då det finns utrymme för förbättrat arbetssätt. Personalen uppger att de brister som identifierades beror på att de blir avbrutna i sitt arbete såsom t.ex. vid larm. Resultatet ska diskuteras på avdelningens ledningsmöte i januari månad 2019 för beslut och vidare hanteringen av resultatet.

Under 2018 påbörjades det förvaltningsövergripande arbetet med att arbeta fram en styrmodell för kvalitetsuppföljning. Målet med detta arbete är att uppföljningen ska bidra till en god kvalitet och en likvärdighet för de enskilda. Två arbetsgrupper har bildats utifrån områdena självskattnings och kvalitetsdialog. Målet är att ett färdigt förslag ska presenteras under 2019.

### 6.3 Rehabiliterande förhållningssätt

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att som medarbetare ha en helhetssyn med fokus på det friska och att stödja den enskilde i att tillvarata sina egna resurser.

- Omvårdnadspersonalen har på olika sätt fått handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt genom att det diskuteras på teamträffar och arbetsplatsträffar. Någon verksamhet önskar mer stöd i detta arbete.
- Flera verksamheter använder kvalitetsregistret Senior alert där det rehabiliterande förhållningssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet. Under 2018 har en ny rutin för Senior alert tagits fram och ett förbättringsarbete kommer påbörjas under 2019. Man har även påbörjat ett arbete kring balansträning i samarbete mellan legitimerad arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast och omvårdnadspersonal med målsättning att på sikt kunna erbjuda balansträning på samtliga särskilda boenden.
- Några verksamheter har haft riktade veckor där legitimerade arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast följt med omvårdnadspersonal. De har handlett i vardagssituationer med målet att den enskilde ska ha så hög aktivitetsnivå som möjligt.

### 6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden

Utbildning i journalsystemet Procapita har erbjudits till legitimerad personal. Utbildningen fortsätter att erbjudas under 2019 och kommer att följas upp via bland annat intern kontroll.

Ett pilotprojekt med att införa digitala signeringslistor har under hösten påbörjats på fyra särskilda boenden med målsättning att minska antalet avvikelser kopplat till hälso- och sjukvårdsinsatser.

Föregående år var första året Malmö stad hade en gemensam introduktion för sommarvikarier. Utvärdering gav att sommarvikarierna överlag var nöjda med introduktionen och att de känt sig trygga i sitt arbete inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Erfarenheter från årets introduktion tas nu med i ett övergripande arbete kring introduktion av sommarvikarier och övriga nyanställda under året.

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. Granskningen visar på brister i hantering av avvikelser i systemet. Detta antas bero på 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 avvikelser som lett till mindre eller måttlig konsekvens för den enskilde. Effekten av insatta åtgärder förväntas öka kunskapen och kvaliteten i hanteringen av avvikelser.
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har gjort en tydligare process för läkemedelshandling. 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 ut i medicinskt ansvarigas nyhetsbrev.

- Samtliga sjuksköterskor tillsammans med sektionschefer skulle gå igenom *rutinen för läkemedelshantering i kommunal sjukvård* en gång under våren och en gång under hösten 2018. Resultatet visar att drygt hälften av boendena har gått igenom rutinen och en av anledningarna till detta beror på förändringar inom HSL-enheten och viss rörlighet för sjuksköterskorna. Genomgångarna har inneburit ett förtydligande av tillvägagångssätt och ansvar vid läkemedelsöverlämnandet. Aktiviteten kommer att fortsätta under 2019.

Malmö stads samtliga särskilda boenden deltog vid årets nationella mätning av följsamhet till basala hygienrutiner. Punktprevalensmätningen genomfördes enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nationella mätmetod. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler kontrollerades. Totalt genomfördes 480 observationer. Resultatet visar att hygienrutinerna följdes till 45% och att klädregler följdes till 84%. Följaktligen behövs det förbättringar för att öka följsamheten till de basala hygienrutinerna. En av åtgärderna har varit att diskutera årets resultat på arbetsplatsträffar ute i verksamheterna och att ge regelbunden information om vikten av att följa hygienrutinerna. En annan har varit att öka tillgängligheten för handsprit, handskar och plastförkläde samt att genomgå webbutbildning om basal hygien. Avdelningen kommer att medverka vid nästa års mätning.

Malmö stad upprättade en skyddsåtgärdsprocess i samband med att Socialstyrelsen upphävde två föreskrifter som rörde tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg.

Skyddsåtgärdsprocessen i Malmö stad är uppdelad i flera delprocesser varav en process är *Dokumentation skyddsåtgärder HSL*. En granskning av dokumentation gällande skyddsåtgärder har gjorts inom ramen för intern kontrollplan. Resultatet visade att 10 % av de granskade journalerna uppfyllde kravet på en korrekt dokumenterad journal utifrån insatta skyddsåtgärder. I flera av de granskade journalerna saknas det uppföljning av insatta skyddsåtgärder. I samtliga granskade journaler fanns dokumentation om samtycke från patient till insatta skyddsåtgärder. Utifrån resultat vidtogs åtgärder i form av kollegial journalgranskning och tydliggörande av teamsamverkan kring den enskilde. Uppföljning sker under 2019.

Under hösten 2018 har 229 sjuksköterskor gått utbildning i beslutsstödet VISAM. Beslutsstödet är dels ett verktyg för sjuksköterskan att använda vid bedömning av försämrat hälsotillstånd, dels ett verktyg för ett mer strukturerat sätt att överrapportera. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, den enskilde ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras. Detta genom användandet av SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation). Arbetet med att utveckla en utbildningsmodell för beslutsstödet VISAM kommer ske under 2019.

Avdelningen har under året arbetat med att utveckla och förbättra kontaktmannaskapet genom att aktivt hitta medarbetare som uppfyller de kvalifikationer och personliga egenskaper som behövs för att klara av uppdraget som kontaktman. Ett arbete har också påbörjats för att försöka matcha ihop kontaktmän med rätt enskild utifrån kvalifikationer och behov. Avdelningen har också arbetat med att ta fram framgångsfaktorer för ett gott kontaktmannaskap. Medarbetare som blir kontaktmän är också vice kontaktmän till andra enskilda för att säkerställa att det alltid finns en kontaktman till alla enskilda. I kontaktmannaskapet ingår bl.a. att hålla i välkomstsamtal och att en genomförandeplan ska upprättas, vilka flera enheter uppgett att de arbetat med. Vissa verksamheter har även arbetat med levnadsberättelser under året.

Utifrån resultatet av en granskning av upprättade genomförandeplaner och anteckningar inom ramen för intern kontroll var en av åtgärderna att samtliga enheter skulle utse

dokumentationsombud. Totalt utsågs omkring 120 medarbetare. Syftet med denna åtgärd är att öka kunskapen och förståelsen för en bra dokumentation. Målet är att de enskilda ska få en säker vård och omsorg, vara delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen samt känna sig trygga med att det förs anteckningar kring händelser av betydelse. Under året har alla utsedda dokumentationsombud träffat SAS, socialt ansvariga samordnare, och ÖSA, övergripande systemansvariga i Lifecare, inom avdelningen vid ett tillfälle. Under 2019 kommer detta arbete intensifieras med träffar under både vår och höst.

Det sedan tidigare påbörjade arbetet kring aktiviteter och socialt innehåll har fortlöpt som tidigare. Målet är att övergripande lyfta arbetet med socialt innehåll och aktiviteter inom avdelningen. Medarbetarna från *Guldstunder* besitter en bred kunskap om socialt innehåll och aktiviteter och är en användbar resurs för sektionscheferna i det fortsatta arbetet under kommande år.

Ett fördjupat värdegrundsarbete har under året påbörjats i våra verksamheter. Det innebär att en projektledare fått i uppdrag att kartlägga verksamheter baserat på äldreomsorgens nationella värdegrund från socialstyrelsen och leda en reflektion och kompetensutveckling i det vardagsnära omvårdnadsarbetet. Projektledaren har varit på sex särskilda boenden och parallellt med detta har flertalet medarbetare från aktuella boenden genomfört webbutbildningen från Socialstyrelsen i äldreomsorgens nationella värdegrund. Projektledaren lämnar efter slutfört uppdrag förslag till ansvariga enhets- och sektionschefer på förbättringsområden att arbeta vidare med kopplat till värdegrunden.

Den 1 februari anställdes en kostchef med kompetens inom området och under året har alla tillagningskök samlats under kostenheten. Samverkan har bl.a. skett med serviceförvaltningen och skolrestauranger som länge arbetat med att höja kvaliteten på måltider. Kostorganisationen har under 2018 upphandlat ett digitalt system för näringsberäkning för att kunna säkra innehållet i måltiderna. Under året har kvalitetsdialoger skett med kostombud och kockar för att höja kvaliteten på måltiderna. Alla menyer som upprättas i tillagningskök som levererar måltider till brukare, granskas av kostchef för att säkerställa att de är varierande och näringsrika. Under 2019 kommer kvalitetsarbete ske inom de boenden där medarbetare lagar maten i syfte att öka kompetensen inom kost och näringslära.

Projekt har startats för att testa trygghetskameror i allmänna utrymmen i syfte att säkra tillsynen av enskilda nattetid, men är fortfarande i den inledande fasen och kommer fortsätta under 2019.

## 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	299	10	22	25	4	0	102	26	81	569

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	297	10	26	4	0	126	35	51	549

### 6.5.1.2 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser

Inkomna avvikelser, rapporter, synpunkter/klagomål sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens arbete. Det totala antalet registrerade avvikelser för 2017 och 2018 är i stort detsamma. För 2018 har en ny parameter i statistiken tillkommit, hjälpmedel. Avvikelse som avser brist i hantering av den enskildes ordinerade hjälpmedel ska registreras under denna rubrik. Framöver kommer en jämförelse kunna göras i antal registrerade avvikelser under denna parameter.

För året kan noteras en stor skillnad i antal inregistrerade avvikelser mellan de olika enheterna. För de flesta enheter har det skett en förflyttning framåt i antal avvikelser, vilket är positivt och i linje med att synliggöra förbättringsområden. I några enheter kan det noteras en påtaglig minskning i antal avvikelser. Kvalitetsråd har under året implementeras på enhetsnivå där mönster och trender identifieras på en övergripande nivå. I samband med dessa möten har skillnaden mellan enheterna avseende inrapporterade avvikelser och synpunkter/klagomål identifierats. Den troliga orsaken till minskningen är att avvikelserna hanteras och åtgärdas i det

dagliga arbetet men inte registreras i avvikelssystemet. Därför är det av största vikt att arbetet med att öka rapportering sker på respektive boende.

En ökning av avvikelserapportering kan noteras för de sektioner där SAS (socialt ansvarig samordnare) och kvalitetsutvecklare HSL besökt verksamheten och pratat om vikten av att rapportera händelser.

Antalet registrerade synpunkter har gått ned från 126 till 102. Det kan finnas ett mörkertal vid registrering av synpunkter och klagomål från enskilda eller deras anhöriga. Dessa åtgärdas men registreras inte alltid in i systemet, vilket påverkar statistiken. De händelser som inte rapporteras utreds inte på en systematisk nivå och hanteras inte heller i det systematiska kvalitetsarbetet i form av kvalitetsråd på sektionsnivå. Detta kan bl.a. få till följd att den enskilde eller anhöriga upplever att de inte får svar eller återkoppling, vilket är en viktig del i arbetet med synpunkter och klagomål enligt gällande rutin.

Antalet registrerade misstänka stölder har gått ned från 35 till 26. I de flesta händelserna har ansvarig sektionschef motiverat den enskilde att polisanmäla händelsen och stöd till den enskilde erbjuds. En händelse utreddes i enlighet med lex Sarah där brister i verksamhetens följsamhet till rutin för privata medel konstaterades.

Antalet registrerade avvikelser om hot och våld mellan enskilda har ökat från 51 till 81. Majoriteten av dessa händelser inträffar på gruppboende, dvs. särskilt boende för personer med demenssjukdom. Anledningen till ökningen av avvikelser kan vara att medarbetare idag har en ökad kunskap om BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom) och därmed är mer uppmärksamma på enskildas beteende som kan leda till hot och våld. En ökning av inregistrerade avvikelser kan ses i samband med att enskilda flyttar in på särskilt boende. Den vanligaste åtgärden i samband med avvikelser om hot och våld är att ta fram en handlingsplan för respektive enskild.

Under året har arbetet med kvalitetsråd implementerats i samtliga verksamheter inom avdelningen och detta arbete fortsätter under 2019. Ett av syftena med kvalitetsråd är att avvikelser och synpunkter ska genomlysas på en övergripande nivå och att goda exempel ska kunna spridas. Samtliga enheter arbetar med åtgärder på detta sätt.

Vid behov förs samtal med berörd medarbetare enskilt, i arbetsgruppen eller i samband med arbetsplatsträffar där SAS också har bjudits in att delta. Vid behov har en specifik handlingsplan upprättats och även rutiner har reviderats som ett annat exempel på åtgärder.

Medborgarna har möjlighet att via Malmö stads hemsida rapportera sina synpunkter eller klagomål. Under 2018 inkom det sju synpunkter eller klagomål via Malmö stads hemsida som berörde avdelningen. Arbetet med att öka kunskapen hos de enskilda och anhöriga kring hur synpunkter eller klagomål kan lämnas behöver fortgå.

Under året har avdelningen handlagt ärenden från förtroendenämnden och samtliga har utretts och besvarats enligt praxis. Denna nämnd avvecklades dock vid årsskiftet. Framöver kan medborgare vända sig till Patientnämnden om synpunkten/klagomålet avser HSL.

### 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	25	4	29

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

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	26	4	30

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	1	1

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

Händelser utredda enligt lex Sarah under 2018 har handlat om brister i hanteringen av larmtelefoner, besvarande av larm, brister i bemötande, brister i utförande av insatser och brister i hanteringen av enskildas privata medel.

Bakomliggande orsaker till händelserna har varit avsaknad av rutin, att gällande rutin inte följts, brister i bemötande, kommunikation mellan medarbetare samt ingen eller bristande överrapportering.

Åtgärderna har varit att ta fram nya eventuellt lokala rutiner, aktualisera redan gällande rutiner, samtal i grupp och att händelsen har varit föremål för dialog på kvalitetsråd på sektionsnivå.

Av de totalt 29 utredda händelserna under 2018 enligt lex Sarah är det ingen som har bedömts som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande och därmed anmälts till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Ett regelbundet och systematiskt samarbete mellan hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens fem SAS:ar har resulterat i ett arbete där bedömningar, förslag till beslut och beslut kvalitetssäkras utifrån tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah. Även möjligheten att det fortsatt förekommer ett mörkertal avseende inrapportering av allvarliga händelser enligt rutin behöver beaktas.

Det är fortsatt viktigt att regelbundet informera alla medarbetare om gällande rapporteringsskyldighet. Under 2019 ingår detta som ett moment i avdelningens interna kontrollplan.

## 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	Medicinska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
<b>HSL</b>	74	4	1 283	53	61	7	2	61	3	<b>1 548</b>
<b>Antal registreringar</b>	<b>74</b>	<b>4</b>	<b>1 283</b>	<b>53</b>	<b>61</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>3</b>	<b>1 548</b>

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2017

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicinska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
<b>HSL</b>	103	9	1 285	71	75	6	1	189	0	<b>1 739</b>
<b>Antal registreringar</b>	<b>103</b>	<b>9</b>	<b>1 285</b>	<b>71</b>	<b>75</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>189</b>	<b>0</b>	<b>1 739</b>

### 6.5.2.2 Analys av inkomna avvikelser

Totalt har det under 2018 inkommit 1 548 avvikelser inom HSL. Av dessa inregistrerade avvikelser avser 1 283 läkemedel, vilket är detsamma som 2017.

Det flesta avvikelser sker i överlämningsfasen. Av de 1 283 avvikelser som är relaterade till läkemedel så är det 836 som avser att den enskilde ej fått ordinerad dos. Den vanligaste missade läkemedelstypen är smärtstillande, dock är det en större andel läkemedel som inte är identifierade. Konsekvens för berörda enskilda har i de flesta fall bedömts som mindre eller måttlig och risken för upprepning har bedömts som liten. Den vanligaste orsaken till att den enskilde inte har fått sitt läkemedel har i huvudsak varit att medarbetaren inte har följt rutin. Åtgärderna är oftast samtal med berörd, samtal i grupp och efterlevnad av rutin. Dessa åtgärder har angivits i flera år och har inte visat på någon god effekt. Flera boenden har angett att de arbetar med systematiskt kvalitetsarbete för att minska avvikelser genom att ta upp avvikelser på APT, teamträffar samt kvalitetsråd. Många åtgärder som satts in har varit effektiva och avvikelser har inte skett igen.

Inom samtliga enheter har verksamheterna påbörjat ett arbete med att begränsa antalet medarbetare som överlämnar läkemedel som ett led i att minska avvikelser i samband med läkemedelshantering. Även hantering av nycklar till läkemedelsskåp har setts över och ska säkras upp. Målet är att minska antalet involverade i läkemedelsöverlämningen för att säkerställa kvaliteten.

Under hösten 2017 granskade Stadsrevisionen i Malmö stad läkemedelshanteringens inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. Flera förbättringsområden identifierades. Under 2018 har ett flertal åtgärder kopplade till läkemedelshantering gjorts inom förvaltningen. Dessa har avdelningen arbetat med under 2018, dock kan det vara för tidigt att avläsa resultat av åtgärderna i form av minskning av antalet avvikelser.

Under 2017 upptäcktes det i flera internutredningar att det fanns brister i legitimerad personals dokumentation. Detta ledde till beslut att påbörja centrala utbildningar i Procapita för legitimerad personal. Avvikelser gällande bristande dokumentation har nu minskat från 103 till 74. Uppföljning av dokumentationen kommer att utföras inom intern kontrollplan 2019. De inregistrerade avvikelserna gällande brister i vården som lett till fall har minskat från nio till fyra. Vid närmare granskning av dessa avvikelser är tre av dessa felregistrerade.

Avvikelser rörande omvårdnad har minskat från 75 till 61. Flera avvikelser är felregistrerade och avser personlig omvårdnad enligt SoL. Flest avvikelser avser felaktig sårbehandling eller avsaknad av omläggning samt missade viktkontroller. Genomgång av uppdragen har gjorts av sjuksköterska och sektionschef.

Inom området rehabilitering är antalet avvikelser i stort sett oförändrat och rör främst försenade insatser men även här ser man ett par felregistreringar. Konsekvens för berörda enskilda har i de flesta fall bedömts som mindre eller måttlig och risken för upprepning har bedömts som liten.

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 medarbetarna 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.

Antalet registrerade synpunkter har gått ned från 189 till 61. Avdelningen har under året arbetat mycket med avvikelshantering och förändring i processen inom intern kontroll, vilket kan ha haft en viss påverkan på nedgången av antalet inregistrerade synpunkter. En annan orsak kan vara att när synpunkter inkommer till verksamheten så hanteras de och åtgärdas men missas att registreras i systemet, vilket gör att det kan finnas ett visst mörkertal. Rutin för klagomål och synpunkt har reviderats i ett syfte att arbeta med synpunkter, klagomål och avvikelser på ett mer strukturerat sätt samt att tydliggöra vikten av arbetet med klagomål och synpunkter.

### 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	1	1
Antal	1	1

Tabell från Flexite: lex Maria 2017

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	2	2
Antal	2	2

### 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 analys, bedömning och konsekvens för den enskilde. 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 och kvalitetsutvecklare HSL informerat enhetschefer och sektionschefer om 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. En anmälan enligt lex Maria har gjorts under 2018. Orsaker till händelsen har identifierats och analyserats. Utifrån identifierade orsaker har åtgärdsplan utarbetats och förankrats i verksamheterna. Uppföljningar av åtgärderna planeras under 2019.

Information om händelsen och åtgärder har gjorts till såväl berörd hälso- och sjukvårdspersonal som till andra verksamheter, i syfte att förhindra att liknande händelser sker igen. Inspektionen för vård och omsorg har bedömt att vårdgivaren har uppfyllt kraven i sin utrednings- och anmälningskyldighet.



## 6.5.3 Sammanställning av fallavvikelser

### 6.5.3.1 Fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	4 298

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2017

	Fall
Antal fall	3 636

### 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 avvikelserna för kännedom till områdesansvarig sjuksköterska.

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

Antalet skrivna fallavvikelser har ökat under 2018 men det är svårt att identifiera varför. De flesta verksamheter uppmärksammar fall på något sätt och har eller håller på att implementera Senior alert. Det kan innebära att fokus på fall blir tydligare och att det därför skrivs avvikelser på fall som inte definierades som fall tidigare.

I det fallpreventiva arbetet är det viktigt att olika yrkeskategorier samarbetar och en viktig del har under 2018 varit att säkerställa teamsamarbetet genom att ta fram en för avdelningen övergripande rutin för teamträffar. Fallavvikelser ska enligt rutinen vara en stående punkt på teamträffarna och ska även lyftas på kvalitetsråd där man tillsammans i teamet och med hjälp av Senior alert bedömer risker och ser över lämpliga åtgärder. Åtgärder som erbjudits har under 2018, förutom förskrivning av hjälpmedel och balansträning, varit aktiviteter som uppmuntrar till rörelse såsom gymnastik, dans och sittzumba.