

Utveckling av kvalitetsråden, för att systematiskt arbeta med avvikelser, både på sektionsnivå och avdelningsnivå kommer under 2020 att utvärderas och implementeras i alla sektioner.

Workshops anordnades för alla professioner inom Region Skåne samt Malmö stad som arbetar med SVU-processen i syfte att skapa samsyn kring processen. Vid utvärderingen framkom att man fått en större kunskap om andra vårdgivarens behov av information och vad som händer när denna uteblir. Fler workshops planeras under 2020.

Samtliga enheter är igång med inskrivning i den teambaserade vårdformen. För att öka inflytande och delaktighet för den enskilde och för att förbättra samordningen av insatser upprättas en SIP (samordnad individuell plan) tillsammans med patienten.

Med förstärkt hemgång kan den brukare eller patient som kommer hem från slutenvården få ett ökat socialt och medicinskt stöd den första tiden i hemmet. Implementering och uppföljning sker under 2020.

Hemsjukvård rehab har utvecklat handledarveckor tillsammans med hemtjänsten. Under veckorna sker en översyn av hjälpmedelskunskap, ergonomi och rehabiliterande förhållningssätt. Målsättningen är att varje hemtjänstgrupp ska få handledarveckor under en period om fyra veckor per år. Arbets sättet har gett positiva resultat för den enskilde som får en översyn av insatser och behov.

Inom hemsjukvård sjuksköterskor sprids åtgärdsplaner upprättade vid internutredningar och lex Maria-anmälningar till alla sektioner för att samma åtgärder ska vidtagas i hela enheten. Detta för att förhindra att liknande händelser sker igen.

Kvalitetsarbete har skett i form av utbildning av dokumentationshandledare i social dokumentation samt i upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Från och med september 2019 tas statistik fram kvartalsvis avseende andelen upprättade och uppföljda genomförandeplaner, i syfte att följa upp hur arbetet fortlöper i de olika sektionerna.

En arbetsgrupp som ser över brytpunkter och de rutiner som styr överrapporteringar mellan dag, kväll och natt samt överlämnande av larm har startat och detta arbete kommer att fortsätta under 2020. Under 2019 inrättades en ny yrkesprofession, hemtjänstkoordinator, i verksamheten. Syftet är att höja kvaliteten i planeringen av beviljade insatser, öka tillgängligheten för brukare och anhöriga samt stödja medarbetare och sektionschef.

1.3 Avdelning Särskilt boende

I syfte att bedriva ett verksamhetsnära utvecklings- och förbättringsarbete har avdelningen valt att arbeta med ombud inom olika områden. Under året har ett stort fokus riktats på att förbättra måltidssituationen. En rutin har tagits fram, måltidsombud har utbildats i hur en måltidsobservation ska genomföras och det har fastställts gemensamma förbättringsområden exempelvis dukning, upplägg och presentation. För att utveckla det verksamhetsnära anhörigstödet har cirka 100 anhörigombud utbildats och ett av deras uppdrag är att gå igenom webbutbildning i anhörigstöd med sina kollegor. Under året har även en fortsatt satsning på utsedda dokumentationsombud gjorts i syfte att utveckla och förbättra kompetensen kring den sociala dokumentationen och upprättade genomförandeplaner. Regelbundna träffar med socialt ansvarig samordnare (SAS) och övergripande systemansvarig (ÖSA) har genomförts under året där även goda exempel har spridits.

I syfte att säkra läkemedelshanteringen har fyra särskilda boenden testat digital signering. Inom de

boendena har läkemedelshanteringen blivit säkrare. Den enskilde har till större del fått rätt läkemedel vid rätt tid. Även felskrivning av läkemedelslistor och signeringslistor har minimerats.

Vidare har en plan för hygienronder tagits fram och hygienronder har utförts enligt planering. Handlingsplaner har utarbetats och lokala rutiner kring basal hygien har tagits fram. Punktprevalensmätning för basala hygienrutiner och klädregler visar en förbättring av följsamhet till både hygienrutin och klädregler.

Utifrån resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning och de djupintervjuer som genomförts har ett par särskilda boenden varit pilot för något som kallas "Veckofrågor". Syftet med veckofrågorna är att skapa ett tydligare fokus på den enskildes behov. Piloten har fallit väl ut och under 2020 börjar alla verksamheter med detta. Under året har även ett nytt material kring kontaktmannaskapet tagits fram i syfte att tydliggöra kontaktmannens uppdrag och ansvar. I syfte att informera brukare och deras anhöriga om vikten av att lämna synpunkter eller klagomål har en rad olika informationsinsatser vidtagits.

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört oanmälda inspektioner på två särskilda boenden. Utifrån identifierade brister har ett arbete pågått med att ta fram och verkställa konkreta åtgärder. Arbetet med åtgärderna kommer att fortgå och spridas inom avdelningen.

Nästkommende år kommer avdelningen att konkretisera förvaltningens demensstrategi i specifika aktiviteter för avdelningen. Ett stort förbättringsarbete kommer också att påbörjas med fokus på följsamhet till processen i arbetet med skyddsåtgärder. Ett pilotprojekt för att testa ett digitalt planeringsverktyg för utförandet av brukarnas beviljade insatser kommer att startas upp. Verktyget är tänkt utgöra ett stöd för att göra arbetet mer strukturerat runt den enskilde.

De kvalitetsdialoger som hållits inom delar av avdelningen kommer under nästa år att utvärderas och därefter att implementeras fullt ut. Kvalitetsdialogerna är en styrmodell för kvalitetsuppföljning i verksamheterna.

Samtliga särskilda boende är igång med inskrivning i den teambaserade vårdformen. För att öka inflytande och delaktighet för den enskilde och för att förbättra samordningen av insatser upprättas en SIP tillsammans med patienten.

En sektion inom HSL-enheten har riskbedömt sår, nutrition, fall och munhälsa vilket har lett till att andelen risker har minskat. Arbetssättet kommer att spridas inom enheten.

1.4 Avdelning Myndighet

Under året har en fortsatt satsning på att utbilda nya biståndshandläggare och samtlig legitimerad personal i samtalsmetoden motiverande samtal, MI, skett. Redan utbildade medarbetare har utvecklat sina kunskaper genom att praktisera metodiken i det dagliga arbetet men även i form av rollspel.

Genom en struktur där samtliga medarbetare har dagliga avstämningar med respektive chef verkar avdelningen för ett systematiskt medarbetardrivet förbättringsarbete utifrån Lean. Detta har bl. a. lett till att avdelningen i stort är i fas med dokumentation och uppföljningar av biståndsbeslut inom en enhet. Egenkontroller gjorda kring hur biståndsbeslut i form av korttid bedöms och beviljas samt därefter följs upp visade dock på förbättringsområden. En rad åtgärder vidtogs för att öka likvärdigheten i beslutsfattandet och säkra att besluten följs upp innan de gått ut.

För att undersöka den enskildes upplevelse av delaktighet och nöjdhet har det arbetats fram fem frågor som frivilligt och anonymt besvaras efter genomfört hembesök. Vidare har rubriker och språkbruk i utredningarna setts över och förenklats för att ytterligare öka delaktigheten.

Genom SVU-processen, samverkan vid utskrivning, sker daglig samverkan med Region Skåne. För att kontinuerligt förbättra kommunikation arbetar medarbetarna med att skapa ett gemensamt språk/frastexter inför en planering. För att öka förståelsen och samsynen för andra verksamheter auskulterar medarbetarna i SVU-teamen i verksamheter inom Region Skåne samt på våra korttidsenheter.

Workshops anordnades för alla professioner inom Region Skåne samt Malmö stad som arbetar med SVU-processen i syfte att skapa samsyn kring processen. Arbetssättet ledde till positiva resultat och fler workshops planeras under 2020.

Under nästkommande år kommer förvaltningens demensstrategi konkretiseras och omsättas i specifika aktiviteter. Möjligheten att öka användandet av mobil dokumentation ska undersökas. Avdelningen kommer även att fokusera på att utveckla arbetet med kvalitetsråd.

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

Denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse är författad av SAS (Socialt ansvarig samordnare) och MA (Medicinskt ansvarig) i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. I förvaltningen utför medarbetare insatser utifrån framför allt två lagrum: socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Begrepp som används i denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse skiljer sig utifrån de två lagrummen, exempelvis vad den individ som tar emot insatser benämns med. Det finns även titlar, specifika verksamheter och insatser m.m. som har förkortningar. Några förkortningar definieras nedan. Genomgående i dokumentet skrivs det fullständiga namnet ut första gången det används, följt av förkortning inom parentes. Fortsättningsvis används förkortningen.

- Den enskilde - Den person som tar emot insatser utifrån både socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag
- Patient - den person som tar emot insatser utifrån hälso- och sjukvårdslag.
- MA - Medicinskt Ansvarig
(MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering)
- SAS - Socialt ansvarig samordnare
- MVT - Mobilt vårdteam
- SVU - Samverkan vid utskrivning från slutenvården
- SIP - Samordnad individuell plan
- BPSD - Kvalitetsregistret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
- IBIC - Individens behov i centrum

- IVO - Inspektionen för vård och omsorg
- ASIH - Avancerad sjukvård i hemmet
- PAS - Patientansvarig sjuksköterska

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens innehåll är indelat i dels förvaltningsövergripande avsnitt då informationen rör två eller fler avdelningar, dels avsnitt per avdelning när informationen är specifik för just den avdelningen.

3 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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.

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 synnerhet när det gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete.

I nämndsmålen formuleras bland annat målsättningar kring kvalitet för den enskilde som handlar om att arbeta för trygghet, inflytande och ett gott bemötande, men inkluderar även ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Sett ur Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) beskrivning av patientsäkerhetsarbete, ska vårdgivaren på ett systematiskt vis även arbeta för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården.

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. Mer ingående information om roller och ansvarsfördelning i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet redovisas i hälsa-, vård- och omsorgsnämndens *Ledningsystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

5 Samverkan

5.1 Samverkan för att säkra kvaliteten och förebygga vårdskador

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.

5.1.1 Förvaltningsövergripande

Såväl nationellt som lokalt pågår ständigt dialoger om den enskildes väg genom vårdkedjan. Här återfinns ofta risker för brist i kommunikation, informationsöverföring och smidiga överflyttningar från en enhet till en annan. Avdelning särskilt boende har tillsammans med avdelning myndighet bildat en arbetsgrupp med representanter från varje avdelning. Syftet är att arbetsgruppen på detta sätt bättre ska kunna följa den enskildes väg genom vårdens övergångar inom organisationen och att uppföljningar av den enskildes behov ska ske strukturerat och systematiskt.

Under våren arrangerades workshops riktade till alla professioner inom slutenvård, primärvård, psykiatri och de tre socialförvaltningarna i Malmö stad som arbetar med SVU-processen. Workshoparna som genomfördes i ett samarbete mellan Region Skåne och Malmö stad, hade till syfte att öka förståelsen för varandras arbete och skapa samsyn kring SVU-processen. Målsättningen var också att identifiera förutsättningar för en trygg, säker och delaktig patient. Utvärderingen visar att deltagarna efter workshopen fick en annan förståelse för de andra verksamheternas behov och ansvar. Beslut har tagits om att workshoparna ska fortsätta genomföras under 2020.

Det sker kontinuerliga samverkansmöten mellan avdelning myndighet och avdelning ordinärt boende där enhetschefer och avdelningschefer träffas. Dessa möten har bland annat syftat till att förbättra hemgångarna från sjukhuset i SVU-processen. Ett samarbete har även inletts för sektionscheferna inom myndighet, ordinärt boende, rehab och hemsjukvård som träffas kontinuerligt till syfte att förbättra samverkan. Den övergripande målsättningen är att förbättra samarbetet och höja kvaliteten samt få kunskap och förståelse för varandras arbete. Åtgärder inför 2020 är ännu inte fastställda.

Statistik av in- och utskrivningar påvisar 12% återinläggningar till SUS från korttidsverksamheten. Motsvarande statistik för ordinärt boende, av de enskilda som har över 100 hemtjänsttimmar, är 13 %. Detta ses över av SUS internmedicin tillsammans med SVU-team, enhetschef samt representanter av sjuksköterskor och arbetsterapeuter/fysioterapeuter från korttidsverksamheterna. Avsikten är att se över SVU-processen för att den enskilde ska undvika "onödiga" återinläggningar genom förbättrad samverkan och kommunikation mellan alla parter.

Avdelning myndighet har under året arbetat med att tydliggöra uppföljningsarbetet mot korttidsverksamheten i avdelningen för ordinärt boende. Genom uppföljningar med tätare intervaller har samverkan och kvalitet ökat, vilket gör den enskildes förlopp i vårdkedjan tydligare.

Inskrivning i Mobilt Vårdteam (MVT) pågår i både avdelningen för ordinärt boende och avdelningen för särskilt boende. Syftet är att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras.

Under juni 2019 blev HVOF tillsammans med Funktionsstödsförvaltningen (FSF) producent i Nationell patientöversikt (NPÖ). Att vara producent innebär att andra vårdgivare kan, efter samtycke från den enskilde, se delar av HSL-dokumentationen i Procapita. Den enskilde har informerats om att Malmö stad blivit producenter genom massmedia, malmo.se samt broschyrer. Den enskilde har med en skriftlig begäran, möjlighet att spärra sin journal så den inte visas för andra vårdgivare.

Under våren har Region Skånes vårdenhet ASiH (Avancerad Sjukvård i hemmet) erbjudit utbildning i "Palliativ vård" för legitimerad personal i förvaltningen. Erbjudandet ingick som en del av det lokala avtal som Malmö stad har med vårdcentralerna i Malmö och som avser "Läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården".

Avdelningen för hälsa- och förebyggande bistår verksamheterna inom samtliga avdelningar med stöd vid behov, framför allt när det gäller enskilda med demenssjukdom eller psykisk ohälsa. Här finns ett välfungerande samarbete med de konsultativa psykiatrisjuksköterskorna och demenssjuksköterskorna.

Kommunens dietister har under 2019 besökt de flesta enheterna och en del sektioner i avdelning ordinärt boende och avdelning särskilt boende. De träffar även måltidsombud i hemtjänst regelbundet. Syftet är att öka kunskapen om måltidens betydelse för den enskildes psykiska och fysiska hälsoupplevelse. Det är också av vikt att sprida budskapet inom sina respektive verksamheter. I ett par sektioner sker denna dialog i kombination med kvalitetsregistret Senior Alert.

Samverkan med FSF sker regelbundet. Det förekommer i vissa fall ett delat patientansvar vilket kräver god kommunikation och följsamhet till uppsatta rutiner.

Medicinskt Ansvariga (MA) i HVOF och FSF samverkar till exempel i Skåneövergripande nätverk, arbete med förvaltningsövergripande processer och rutiner samt uppföljning av patientsäkerhetsarbetet. Avsikten med samverkan är att möjliggöra lika förutsättningar till en god och säker vård för den enskilde i Malmö Stad.

Malmö Stad har ett väl utarbetat samarbete med Malmö Universitet genom olika former av nätverksträffar och forum. Samverkansmöten mellan Malmö stad och Institutionen vårdvetenskap sker kontinuerligt där bland annat det gemensamma Samarbetsavtalet - verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och samverkansavtalet Styrka behandlas. Målet är att stärka tillväxten av sjuksköterskor och samarbeta kring studenterna och dess läromål med fokus att tillsammans bidra till att öka kvaliteten i praktikperioden samt delge varandra erfarenheter och seminarier utifrån forskning och praktik.

Samverkan med Malmö- och Lunds Universitet som tagit fram uppdragsutbildningarna Fördjupad sjukdomslära för sjuksköterskor (7,5 p) samt Avancerad vård och rehabilitering i hemmet (7,5 p).

Under året har Medicinskt Ansvariga i HVOF och FSF utarbetat ett förslag till förändrat delegeringsförfarande i hälso- och sjukvårdsinsatser. Arbetet berör samtliga avdelningar och professioner. Ursprunget är att nuvarande arbetssätt innebär patientsäkerhetsrisker, men även aspekter som påverkar arbetsmiljön för de medarbetare som delegerar och de som blir delegerade. Kompetens, tillit och den enskildes rätt till god hälso- och sjukvård är också begrepp som motiverat denna utveckling. En grupp bestående av MA och kvalitetsutvecklare i HVOF och FSF har utarbetat en plan för implementering 2020, vilket mot slutet av året presenterades för avdelningscheferna.

Utbildarna i Strategiska Utvecklingsavdelningen har under året reviderat flera av de utbildningar

som riktar sig till omvårdnadspersonalen för att höja kompetensen inom HSL. Bland annat har ett omfattande arbete gjorts vad gäller läkemedelsutbildningen. Detta ska leda till ett mer effektivt lärande för omvårdnadspersonal och säkrare läkemedelshantering.

5.1.2 Avdelning Hälsa och förebyggande

Avdelning Hälsa och förebyggande har många verksamheter och tjänster som syftar till att stödja de övriga avdelningarna i HVOF och även vid särskilda behov i FSF. Förbättring av samverkansstrukturer sker fortlöpande och är ett fokusområde för avdelningen inför kommande år.

Avdelningens demenssjuksköterskor och psykiatrisjuksköterskor samt Silviasystrar arbetar konsulterande gentemot medarbetarna i de övriga avdelningarna i HVOF, samt vid särskilda behov mot FSF. Det finns även samverkan med minneskliniken, exempelvis genom kommunens verksamhet för yngre med demenssjukdom, Club Cefalon.

En framgång är att kunna erbjuda konkret handledning i patient- och brukarnära situationer, men även utbildningsinsatser riktad till personal. Under året har följande utbildningar hållits:

- grundläggande psykiatrisk omvårdnad för 175 legitimerade personal samt 300 övriga medarbetare
- utbildning i BPSD till 102 omvårdnadspersonal och legitimerad personal inom särskilt boende och ordinärt boende
- utbildning i demenssjukdom och bemötande till 261 omvårdnadspersonal och legitimerad personal inom avdelning hälsa och förebyggande och avdelning myndighet
- utbildning i depression och suicidprevention för 75 chefer inom förvaltningen.

Det finns planer på att utarbeta en handlingsplan för suicidprevention. Representanter från HVOF och FSF medverkar i ett Skåneövergripande nätverk där en mall ska tas fram.

Under året har de konsultativa psykiatrisjuksköterskorna startat konceptet "må-bra-grupp för Malmöbor". Gruppen hålls på en mötesplats och riktar sig till Malmöbor med syfte att stötta vid ensamhet och verka preventivt mot psykisk ohälsa. I utvärdering har gruppen fått gott resultat vilket innebär att fler grupper kommer startas 2020.

Under året har Socialt ansvarig samordnare (SAS) och Övergripande systemansvarig (ÖSA) träffat utsedda dokumentationshandledare för en heldagsutbildning i social dokumentation. Denna satsning har genomförts som ett led i att utveckla och förbättra kompetensen kring den sociala dokumentationen, dvs journalanteckningar och upprättande av genomförandeplaner. Träffar med dokumentationshandledarna kommer att fortsätta även under nästkommande år för att dela med sig av goda exempel och lära av varandra samt att sprida vidare i organisationen den information som SAS delger på träffarna.

För att säkerställa informationsöverföring avseende den enskilde mellan förvaltningens olika avdelningar har arbete påbörjats under 2019. Socialt ansvariga samordnare (SAS) tillsammans med Övergripande systemansvarig (ÖSA) ser över hur behörigheter kan öppnas upp i dokumentationssystemet mellan avdelningarna för att säkerställa den enskildes rätt till insatser av god kvalitet.

5.1.3 Avdelning Myndighet

Arbetet med den övergripande satsningen som påbörjades under 2018 avseende motiverande samtal har fortlöpt. All legitimerad personal och nyanställda biståndshandläggare har under året

genomgått utbildning i denna samtalsmetod. De medarbetare som gått utbildningen sedan tidigare har under året vidareutvecklat sin kompetens genom det dagliga arbetet men även i form av anordnade rollspel med kollegor. Utifrån de olika enheternas specifika uppdrag och förutsättningar inom avdelningen har olika för- och nackdelar med samtalsmetoden förts fram från medarbetarna. Generellt har satsningen lett till en ökad reflektion kring mötet med den enskilde. Under nästkommande år ska arbetet utvärderas och strukturer utvecklas.

Hela avdelningen arbetar utifrån Lean och dagliga pulsmöten hålls där avvikelser identifieras. Arbetet med Lean har bl. a. resulterat i att alla handläggare är i fas med dokumentationen, att nära nog alla biståndsbeslut fattade inom enheten ordinärt boende följs upp minst en gång per år och att korttidsbeslut följs upp innan de löpt ut. I förlängningen av detta systematiska uppföljningsarbete kan man se att vistelsetiden på korttid generellt har minskat. Formuleringar av individuella mål i utredningarna har även lett till att det framgår tydligare för den enskilde vad målet med korttidsvistelsen är, vilket även underlättar uppföljningen av uppsatt mål. Avdelningen har tillsammans med en korttidssektion startat med kortare avstämningsmöten mellan deltagande professioner inför ett vårdplaneringsmöte och man kan se goda effekter av detta. Dels är medarbetarna uppdaterade inför mötet dels kan samtalet under sittande möte fokusera på den enskilde och dennes behov av stöd och hjälp.

Genom SVU-processen sker daglig samverkan med Region Skåne, framför allt SUS Malmö och Lund. För att kontinuerligt förbättra kommunikation arbetar man med att skapa ett gemensamt språk/frastexter inför en planering. SVU-teamen håller många planeringsmöten med den enskilde och anhöriga på SUS, vilket av slutenvården upplevs fördröja processen för utskrivning.

Ett auskultande arbete pågår för att öka förståelse och samsyn mellan verksamheter. Exempelvis har medarbetare i SVU-team auskulterat på medicinavdelning, ASIH, MVT och korttider.

Medarbetare från avdelningen har träffat medarbetare från samtliga hemtjänstområden och informerat samt diskuterat riktlinjerna för biståndshandläggning enligt SoL. Syftet har varit att öka kunskapen om den enskildes rätt till hjälp och att förbättra samverkan mellan avdelningarna.

5.1.4 Avdelning Ordinärt boende

Under året har avdelningen upprättat en rutin för hur verksamheterna ska arbeta med Kvalitetsråd. Geografiskt indelade tvärprofessionella team träffas regelbundet för att föra en dialog om de avvikelser som upprättats i sektionen samt planera för gemensamma åtgärder utifrån dessa avvikelser. Implementering fortsätter under 2020.

I samband med större utredningar eller lex Maria-anmälningar har det upprättats en åtgärdsplan för den inblandade sektionen. Inom enheten hemsjukvård sjuksköterskor tar alla sektioner del av åtgärdsplanerna för dialog och eftertanke. Om risk finns för att liknande händelse skulle kunna ske inom den egna sektionen vidtas samma åtgärder.

Vårdformen Mobilt vårdteam Malmö utvecklas i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet. Under 2019 konstateras att samtliga enheter är igång med inskrivning i den teambaserade vårdformen. Legitimerad personal upplever att samverkan med det mobila vårdteamet ger ökad trygghet och kvalitet i vården och omsorgen. Arbetssättet krävs en större arbetsinsats inledningsvis, men leder till tidsbesparing i senare skede.

Under året har undersköterskor knutits till hemsjukvårdens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att möta behovet av mer avancerad sjukvård i hemmet.

Med arbetssättet ”förstärkt hemgång” kan den enskilde som kommer hem från slutenvården eller korttidsenheterna vid behov få ett ökat socialt och medicinskt stöd första tiden. Det är ett samverkansarbete mellan hemtjänst och legitimerad personal. I en arbetsgrupp har man fört dialog utifrån frågeställningen ”Vad är en bra hemgång?” och där tagit fram mätbara faktorer, vilket ska ge verksamheterna möjlighet att se vilka insatser som fungerar mer eller mindre bra i samband med hemgång. Implementering och uppföljning sker under 2020.

Inom enheten hemsjukvård rehab har sektionerna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster dagliga pulsmöten utifrån Lean. Detta är ett arbetssätt som tydliggör patientflödet och säkrar en mer likvärdig vård.

I enhet hemsjukvård rehab pågår implementering av handledningsveckor. Det utvecklade samarbetet mellan omvårdnads- och rehab-personal förväntas öka kvalitén i omvårdnadsarbetet.

En sektion inom enheten hemsjukvård sjuksköterskor har utarbetat ett förslag på handledningsveckor för hemtjänstpersonal. Under handledningsveckorna ska basal omvårdnad, basal hygien och läkemedelshantering lyftas. Under 2020 ska detta införas i alla sektioner.

Kvalitetsregistret Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för att systematiskt arbeta med vårdprevention. Registret bidrar till samverkan och patientsäkerhet genom att det tvärprofessionella teamet runt den enskilde gemensamt genomför riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Den pågående implementeringen är en del av avdelningens handlingsplan för demensvård.

Inom enheten Hemsjukvård sjuksköterskor har man under året implementerat ViSam-beslutsstöd inom alla sektioner. Beslutsstödet är ett bedömningsinstrument som används när den enskildes hälsotillstånd försämras, för att ge sjuksköterskan stöd i att bedöma vårdnivå.

Två gånger per år går ansvarig sjuksköterska igenom rutinen för överlämnande av läkemedel tillsammans med delegerad personal i hemtjänsten. Syftet är att säkerställa att rutinen efterlevs.

Frukostmöten, där avdelningens chefer och stabsmedarbetare deltar, är en annan samverkansform som upplevs ha fungerat bra. På frukostmötena knyts nya kontakter och möjlighet ges att ta del av varandras kunskap och sprida goda exempel. Detta sker genom presentationer av olika projekt inom förvaltningen och information om vad som är på gång ute i verksamheterna.

Kvalitetsarbete har skett i form av utbildning av dokumentationshandledare i social dokumentation samt i upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Syftet är att stärka kompetensen och tillförsäkra en systematisk dokumentation som är likvärdig och rättssäker. Under 2019 har nya dokumentationshandledare utbildats och träffar för redan utbildade dokumentationshandledare har hållits under året. Framöver planeras träffar för dokumentationshandledarna att hållas 2 gånger per år för att öka kunskaperna inom området, följa upp hur arbetet fortlöper, utbyta erfarenheter och lära av varandra.

Från och med september 2019 tas statistik fram kvartalsvis avseende andelen upprättade och uppföljda genomförandeplaner, i syfte att följa upp hur arbetet fortlöper i de olika sektionerna.

I slutet av 2019 startades en arbetsgrupp som ser över brytpunkter och de rutiner som styr överrapporteringar mellan dag, kväll och natt samt överlämnande av larm. Detta arbete kommer att fortsätta under 2020.

Under 2019 inrättades en ny yrkesprofession, hemtjänstkoordinatör, i verksamheten. Syftet är

att höja kvalitén i planeringen av beviljade insatser, öka tillgängligheten för enskilda och anhöriga samt stödja medarbetare och sektionschef.

5.1.5 Avdelning Särskilt boende

Rutinen för teamsamverkan som togs fram under 2018 har under året implementerats. Syftet med teamträffarna är att både omvårdnadspersonal och legitimerad personal ska delta för att ge möjlighet till tvärprofessionella dialoger och beslut. Det har under året framkommit att det funnits svårigheter att få till ett fullt ut fungerande teamarbete. Detta då samtliga yrkeskategorier inte alltid kunnat delta. Där teamen har varit välfungerande, är goda relationer samt låg personalomsättning en tydlig faktor. De flesta verksamheterna upplever att teamen numera har ett större fokus på den enskilde i dialogerna och att vikten av det rehabiliterande förhållningssättet lyfts. Framöver behöver rutinen dels konkretiseras för teamdeltagarna kring hur de ska vara förberedda inför teammötet dels kommer arbetet med denna mötesform att utvecklas.

Särskilda boenden samverkar med vårdcentralerna genom regelbundna möten, stöd och handledning samt rådgivning. Varje boende har en utsedd ansvarig läkare och alla boenden ska ha tillgång till kontaktläkare som ska finnas tillgänglig enligt överenskommelse. Vårdcentralerna tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården arbetar med teambaserad vårdform för de mest sjuka äldre med behov av vård i hemmiljö.

Som ett resultat av föregående års måltidsobservationsarbete och de djupintervjuer som gjorts har avdelningen under året tagit fram en rutin. Denna rutin bygger på den vetenskapligt framtagna modellen FAMM - Five Aspects of Meal Model, dvs. en modell som belyser fem aspekter på måltiden. Måltidsombud har också utbildats under året. Under utbildningen har måltidsombuden fått öva sig i att bland annat genomföra måltidsobservationer och i hur måltidssituationen kan förändras till något positivt. Flera måltidsombud ger uttryck för att utbildningen har upplevts som positiv och lärorik då de sett att den nya kunskapen har påverkat den sociala samvaron mellan de enskilda brukarna. Avdelningen har även fastställt ett antal område i måltidssituationen som ska säkerställas, dessa områden är: dukning och uppläggning av maten samt att menyn ska presenteras både muntligt och skriftligt för de boende. Kostenheten är en naturlig del i detta utvecklingsarbete och enheten involveras i högre utsträckning nu än tidigare. Som ett led i att höja nöjdheten och kvaliteten på måltiderna kommer kvalitetsdialoger att hållas inom kostenheten. Det bedöms råda en stor medvetenhet och vilja i verksamheterna att utveckla och fortsatt ha fokus på detta arbete.

Under året har socialt ansvarig samordnare (SAS) och övergripande systemansvarig (ÖSA) träffat utsedda dokumentationsombud vid totalt fyra tillfällen. Denna satsning har genomförts som ett led i att utveckla och förbättra kompetensen kring den sociala dokumentationen, dvs journalanteckningar och upprättande av genomförandeplaner. I samband med dessa träffar har goda exempel identifierats. Vid årets sista tillfälle delade en handfull dokumentationsombud med sig av hur de arbetar med den sociala dokumentationen på sin arbetsplats. De berättade bl.a om hur de strukturerat och systematiserat arbetar med uppföljning av genomförandeplaner, checklistan samt hur man på olika sätt i sin verksamhet kan sprida den information som dokumentationsombuden får på träffarna med SAS. Träffar med dokumentationsombuden kommer att fortsätta även under nästkommande år.

Under 2019 har fyra särskilda boenden testat digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser genom Medication and Care Support System (MCSS). Detta har varit ett led i arbetet att säkra läkemedelshanteringen utifrån att den enskilde får rätt läkemedel i rätt tid, av personal med rätt kompetens. Systemet lärmar om personalen inte utfört insatsen. Omvårdnadspersonalen kan

också ha bättre överblick av de insatser som ska utföras. Signeringslistor skapas i realtid i systemet via läkemedelslistan som hämtas från e-hälsomyndigheten. Felskrivning av läkemedelslista och signeringslistan minimeras. Det kan noteras att antalet läkemedelsavvikelser på några boenden har minskat, dock går det inte att med säkerhet säga vilken del av läkemedelshanteringen som har förbättrats. Vidare har också kontroll av tryckavlastande hjälpmedel tydliggjorts genom MCSS. Signeringen av denna insats har ökat jämfört med när signeringen utfördes på papper.

Under året har avdelningen arbetat med utbildning och planering av ett pilotarbete där ett digitalt planeringsverktyg ska testas i sex särskilda boenden under nästa år. Under hösten påbörjades utbildning av planerare i dessa verksamheter. Planeringsverktyget används för att planera omvårdnadsinsatser och övriga arbetsuppgifter som ska utföras på ett boende. Verktyget blir ett stöd i vad som ska utföras och det skapar också en större flexibilitet för personalen. Arbetet blir mer strukturerat runt den enskilde samtidigt som alla andra uppgifter som utförs på boendet synliggörs och detta kan också visa på delar i arbetet som behöver förändras och förbättras. Planeringsverktyget underlättar även när det gäller att få in olika åtgärder (exempelvis utifrån BPSD, senior alert m.fl.) i planeringen så att dessa efterföljs, vilket ökar kvaliteten för den enskilde. Användandet av Lifecare Planering i det dagliga arbetet startar under våren.

En ökad digitalisering i verksamheterna där det direkt påverkar de enskilda har skett under året. Ett exempel på detta är det forskningssamarbete med Lunds universitet som handlar om huruvida virtuella naturmiljöer kan påverka hälsan hos äldre. Det har också bland annat anordnats digitala kulturmöten i form av konserter och ett digitalt spel används på avdelningens gruppboende. Avdelningen kommer under nästa år, tillsammans med kulturförvaltningen i samarbetet ”Kultur för äldre”, se hur arbetet med att sprida kultur inom särskilt boende bäst ska bedrivas framöver. Samtliga verksamheter är positivt inställda till en utveckling inom området digitalisering då nyttan för målgruppen är stor och livskvaliteten för den enskilde kan öka.

Samtliga särskilda boenden arbetar med kvalitetsregister. BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) ger en ökad trygghet och kvalitet för den enskilde. BPSD ger också effekt för omvårdnadspersonalen som arbetar närmast den enskilde. Åtgärder genom handlingsplaner såsom minskat läkemedelsintag och minskat behov av tät tillsyn, blir tydliga indikatorer att den enskilde mår bättre.

Senior Alert har startats upp i fler verksamheter under året, dock har några särskilda boenden ännu inte påbörjat arbetet. Detta kvalitetsregister kräver mer insatser av teamet som helhet för att tydliga resultat hos den enskilde ska synas. Verksamheterna ser att framgångsfaktorer som ett engagerat ledarskap och kontinuitet i teamet är nycklar till framgång.

Palliativa registret tillämpas i samtliga särskilda boenden. Utbildning av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i palliativ omvårdnad och smärtskattningsinstrument är en del i arbetet att förbättra den palliativa vården.

5.2 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående

När vården och omsorgen planeras i dialog med den enskilde och anhöriga ökar delaktigheten för alla berörda. Förvaltningens olika verksamheter har behov av god samverkan för att mötet och insatserna med den enskilde och dennes anhöriga ska fungera.

5.2.1 Förvaltningsövergripande

Samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samband med att en enskild skrivs in i mobilt vårdteam (MVT) men ska även upprättas när en enskild behöver insatser från flera vårdgivare och från Socialtjänsten. Syftet är 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 och att i det multiprofessionella teamet gemensamt arbeta för den enskildes målsättning.

Under 2019 har rutin för synpunkter och klagomål belysts för att uppmärksamma den enskilde och anhörigas möjlighet att framföra sina åsikter. Chefer i verksamheterna ser vikten av att bemöta varje enskilt ärende utifrån behovet. Avsikten är snabb återkoppling skriftligt eller genom personligt möte. Verksamheterna försöker också arbeta proaktivt genom återkommande dialoger med den enskilde och anhöriga om vad de förväntar sig av verksamheterna i olika situationer. Uppföljande samtal eller hembesök planeras mer frekvent jämfört med tidigare år, vilket antas vara en förebyggande faktor för att synpunkter eller klagomål ska uppstå.

5.2.2 Avdelning Hälsa och förebyggande

Avdelningen möter Malmöbon genom flera olika verksamheter, tex uppsökande verksamhet, fixartjänster, balansgrupper, anhörigkonsulenter, mötesplatser, ledsagare och avlösare.

Information är en viktig del i det förebyggande arbetet kring den enskilde och dess anhöriga. För att öka kännedom och sprida information om dagverksamhet, för personer med demenssjukdom, har broschyrer lämnats till bland annat biståndshandläggarna för att dela ut till den enskilde/anhöriga vid behov. Syftet är att informera och fånga upp medborgare i tidigt skede av sjukdomsförloppet och kunna erbjuda insatser i avlastande och förebyggande syfte.

Anhöriggrupper hålls av anhörigkonsulenter med syfte att stödja de personer som vårdar någon närstående. Grupperna har olika typer av aktiviteter, såsom hälsocirkel, caféverksamhet och stödjande samtal. Innehållet anpassas utifrån deltagarnas intressen.

Mötesplatserna medverkar på sociala medier för att sprida information om de aktiviteter som sker där, samt bidra till att utveckla och synliggöra mötesplatserna.

5.2.3 Avdelning Myndighet

En effekt av den fortsatta implementeringen och vidareutvecklingen av arbetet utifrån Lean är att en översyn av administrationen kring handlägningsförfarandet har gjorts. Inom avdelningen har även ett stort utvecklingsarbete genomförts under året med fokus på att på olika sätt öka den enskildes delaktighet och inflytande i utredningsförfarandet. Ett exempel på detta är att man sett över språkbruket utifrån IBIC. Enligt utredningsmodellen innehåller en utredning flera rubriker som bedömts och uppfattats som svårbegripliga för den enskilde men även för den utförande verksamheten, såsom hemtjänst. Under året har avdelningen arbetat med att se över samtliga rubriker och förenkla dessa utan att frångå utredningsmodellen. Arbetet är nyligen slutfört och kommer att följas upp under nästkommande år. Upplevelsen inom avdelningen är dock att förändringen har varit positiv för den enskilde då det ökat möjligheten att följa och förstå innehållet i en utredning, vilket ökar känslan av delaktighet.

Ett annat exempel på hur avdelningen arbetat för att öka den enskildes delaktighet men också känsla av trygghet är att skriftlig information skickas hem till den enskilde inför ett planerat hembesök. I denna information framgår det vad hembesöket syftar till och vilken information eller underlag som kommer att efterfrågas. På detta sätt erbjuds den enskilde en möjlighet att förbereda sig inför biståndshandläggarens hembesök.

Det tidigare påbörjade arbetet med jämställd biståndsbedömning har resulterat i att anhöriga tillfrågas och görs delaktiga i högre utsträckning än tidigare och detta arbete är idag en naturlig del

av utredningsarbetet. Som en vidareutveckling av detta finns det planer inom avdelningen på att erbjuda anhörigsamtal med syftet att informera om vad som händer i ärendet just nu och vad de kan förvänta sig. Målet är att inom enheten ordinärt boende genomföra en pilot under nästa år för att därefter utvärdera arbetssättet.

Då avdelningen inte ingår i den årliga brukarundersökningen från Socialstyrelsen har man under året tagit fram ett frågeformulär som fokuserar på att ta reda på den enskildes känsla av nöjdhet, delaktighet och upplevelsen av information om rättigheter enligt Socialtjänstlagen. Underlaget består av fem frågor som efter genomfört hembesök under en viss fastställd månad, lämnas till den enskilde. Frågorna, som besvaras anonymt och sammanställs två gånger per år, ligger till grund för fortsatt utvecklingsarbete inom avdelningen. Den första sammanställningen visar på att avdelningen gjort en förflyttning i positiv riktning. Under kommande år kan en jämförelse göras mellan åren och även en djupare analys på vilket sätt kvalitetsarbete inom avdelningen påverkat upplevelsen av kontakt med avdelningen.

Regelverket för utskrivningsprocessen från slutenvården (SVU) bedöms försvåra arbetet med att göra den enskilde och anhöriga delaktiga. Mötesformen personligt möte har till stor del frångåtts till förmån för elektroniska eller telefonbaserade planeringar. I samarbete med slutenvården överlämnas en broschyr till den enskilde med bl. a information om hur SVU-processen går till och hur man ansöker om stöd och hjälp efter utskrivning. Upplevelsen är dock att den enskildes och anhörigas delaktighet har försämrats utifrån regelverket. Anhöriga bjuds alltid in att delta via telefon då det finns möjlighet till det och i de fall detta inte är möjligt rings anhöriga efter inhämtat samtycke upp, i nära anslutning till genomförd planering. I de fall kommunen bedömer att ett fysiskt möte behövs innan utskrivning sker arbetar man i teamet för detta. Dessa personliga planeringsmöten genomförs oftast i de ärenden där den enskilde är i behov av stöd eller hjälp från två eller samtliga socialförvaltningar, där tolk behövs eller i de fall det har uppmärksammats andra komplexa hemförhållanden. Förutsättningarna för en ökad delaktighet för både den enskilde och anhöriga kan öka när planeringsmöten sker i den enskildes hem. I dessa ärenden måste och behöver samverkan ske med avdelningen för ordinärt boende för att finna utvecklingsområden.

Äldreombudsmannen i Malmö stad får många frågor från enskilda och anhöriga kring SVU-processen. Här kommer enhetschefen för SVU-teamen träffa äldreombudsmannen för information och rådgivning, så att missuppfattningar om vårdprocessen ska kunna undvikas.

Enskilda som flyttat in på ett särskilt boende erbjuds ett uppföljningsbesök av biståndshandläggare inom tre - sex månader. Det pågående arbetet med motiverande samtal bedöms ha ökat handläggarens möjlighet att också göra personer med demenssjukdom delaktiga i det uppföljande samtalet.

5.2.4 Avdelning Ordinärt boende

Avdelningen har påbörjat ett arbete att ta fram en ny struktur för det tvärprofessionella teamarbetet. Målbilden är att det tvärprofessionella teamarbetet inom ordinärt boende ska organiseras med den enskildes behov som utgångspunkt. Så långt det är möjligt ska den enskilde och vid samtycke även anhöriga, närvara eller göras delaktiga på annat sätt i de tvärprofessionella mötena.

Under året har Enheten hemsjukvård sjuksköterskor påbörjat ett arbete för att utse patientansvarig sjuksköterska (PAS) till varje enskild. För att tydliggöra uppdraget har en rutin tagits fram. Även en broschyr är framtagen som ska överlämnas till patient/anhörig vid ett inledande samtal för att bidra till en ökad trygghet i relationsskapandet. Fortlöpande sker dialoger i verksamheterna kring bemötande, trygghet, medbestämmande och delaktighet.

Genom att arbeta vidare med implementering av de nationella kvalitetsregisterna BPSD och Senior Alert ökar kunskapen kring att som team arbeta med den enskildes behov i centrum. Senior Alert och BPSD fortsätter att implementeras inom ordinärt boende och målet är att alla ska få utbildning och information om Senior Alert. Palliativa registret har också varit ett fokusområde under året, där sjuksköterskor har utsett representanter i sina arbetsgrupper för att driva kompetens och utvecklingsarbete.

Malmö stad har cirka 370 kostombud inom HVOF, 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. Denna samverkan avser att fortsätta under 2020.

Samverkan med räddningstjänsten och polisen görs utifrån att regelbundet kartlägga situationer som kan påverka enskildas säkerhet, till exempel ligor som besöker enskilda i hemmet och utger sig för att vara omsorgspersonal. Det kan även handla om brandskydd och säkerhet i det egna hemmet.

Samverkan sker med enskilda och anhöriga i samband med upprättande och uppföljning av genomförandeplanen. I genomförandeplanen beskrivs hur de beslutade insatserna ska genomföras med hänsyn till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Samverkan sker även i det dagliga arbetet mellan den enskilde och dennes anhöriga.

5.2.5 Avdelning Särskilt boende

Under året har en enhetlig mall för levnadsberättelse tagits fram. En enhetlig och gemensam mall har gett bättre förutsättningar för att kunna utföra stöd och hjälp på ett individuellt sätt. Detta främst för de enskilda som bor på gruppboende och som inte kan tillfrågas i lika hög utsträckning som enskilda på vårdboende kan. Arbetet med levnadsberättelser ser ännu olika ut inom avdelningen och en del områden i levnadsberättelsen aktualiseras i samband med välkomstsamtalet och upprättande av genomförandeplanen. Att dokumentera en levnadsberättelse är inget lagstadgat krav och inom avdelningen råder ett fokus på att utveckla arbetet med innehållet i upprättade genomförandeplaner.

Under året har ett nytt material kring kontaktmannaskapet tagits fram. Uppfattningen inom avdelningen är att materialet har underlättat i det dagliga arbetet då uppdraget som kontaktsman är förtydligat. Detta har inneburit att sektionschefer på ett systematiskt och strukturerat sätt kan föra dialog med medarbetarna om deras kontaktmannauppdrag och vad som förväntas av dem. Detta kan i sin tur leda till en ökad delaktighet för den enskilde och deras anhöriga. Ett arbete har i liten skala påbörjats med att matcha den enskilde med kontaktsman. Kontaktsmannen är också alltid närvarande i samband med att den enskilde skrivs in i mobilt vårdteam (MVT).

Enligt socialtjänstlagen är verksamheten skyldig att erbjuda anhörigstöd och det återfinns även i förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Sedan tidigare erbjuder avdelningen anhörigsamtal, anhörigmöten och anhörigcirkular. Vid behov tar man hjälp av förvaltningens anhörigkonsulter. Som ett led i att vidareutveckla anhörigstödsarbete har avdelningen under året utbildat cirka 100 nya anhörigombud, sedan tidigare fanns det ett 50-tal. Anhörigkonsulter fortsätter sedan ha gemensamma övergripande nätverksträffar med samtliga anhörigombud. Ett av anhörigombudens uppdrag är att gå igenom webbutbildning i anhörigstöd med sina kollegor. Kombinationen av att ledningen satt fokus på området, att utbildning skett på bred front inom avdelningen samt att sektionscheferna har hållit frågan levande, har gett genomslag. Upplevelsen

är att det råder ett stort fokus på anhörigstödande arbete och framöver handlar det om att systematiskt hålla i de påbörjade insatserna.

I syfte att hämta in synpunkter på kosten deltar enhetschefen för kostenheten på anhörigmöten och även då och då vid de mer vardagsnära kaffestunderna i verksamheterna.

Som anhörig ökar tryggheten och upplevelsen av kvalitet och patientsäkerhet när teamets arbete kring den enskilde tydliggörs. Som en del i arbetet har vissa boenden därför bjudit in sina sjuksköterskor för information om kommunal hälso- och sjukvård på anhörigträffar. Det finns önskemål om att även arbetsterapeuter och sjukgymnaster ska bjudas in.

Under hösten har ett par särskilda boenden varit pilot för något som kallas "Veckofrågor". Sektionschefen har haft samtal med två enskilda eller anhöriga i veckan. Syftet med veckofrågorna är att skapa ett tydligare fokus på den enskildes behov, att förekomma istället för att förekommas samt att få veta vad den enskilde och anhöriga tycker om kvaliteten i verksamheten. Under detta samtal ställer sektionschefen cirka tio frågor som handlar bl. a. om upplevelsen av personalens lyhördhet, närvarande och bemötande, måltidssituationen samt nöjdhet med aktiviteter och utevis- telser. Piloten har fallit väl ut och i februari 2020 börjar alla verksamheter med detta.

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 ökat lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten. Syftet med en *händelseanalys* är att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelser 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.

6.1.1 Förvaltningsövergripande

Avdelningarna myndighet och hälsa- och förebyggande har i en gemensam riskanalys sett över informationsmaterial till enskilda.

Avdelning ordinärt boende har initierat en händelseanalys som även berör avdelning myndighet. Händelseanalysen avser social svikt och arbetet kommer att fortsätta under nästa år.

Avdelning myndighet har tillsammans med avdelning särskilt boende påbörjat förarbetet inför en händelseanalys som kommer att genomföras i början av nästa år. Arbetet kommer att fokusera på att i ett tidigt skede uppmärksamma signaler på risker för suicid. En arbetsgrupp har bildats med representanter från båda avdelningarna och händelseanalysen kommer att ledas av en projektledare från förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp.

Avdelningschefer inom Funktionsstödsförvaltningen och Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen gav förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp uppdraget att utföra en riskanalys kring användandet av ViSam-applikationen då det fanns frågetecken kring sekretess vid informationsöverföring. Åtgärdsförslag togs fram som bland annat innebar att personuppgifter inte ska användas i applikationen och det upprättades en ny rutin.

6.1.2 Avdelning Hälsa och förebyggande

Riskanalys vid införandet av IT fixare gjordes 2019. Avsikten med de enklare IT supporttjänster är att motverka digitalt utanförskap och även förebygga eller bryta ofrivillig ensamhet. Information kring uppdraget, checklista och arbetssätt för en god tillgänglighet är exempel på åtgärder som togs fram utifrån identifierade risker.

Riskanalys gjordes kring de nya framtagna rutinerna för bokning och avbokning gällande ledsagare och avlösare. En åtgärd utifrån denna riskanalys är att en broschyr utarbetades och har skickats ut till berörda enskilda.

Riskanalys gjordes i samband med avvecklingen av dagverksamheten Palmgatan. Nio enskilda berördes och man analyserade eventuella risker för deras upplevelser av organisationsförändringen. Bland annat belystes om åtgärden påverkade den enskilde negativt och kunde orsaka försämring i demenssjukdomen, om den enskilde miste etablerade kontakter eller eventuellt inte skulle trivas på sin nya dagverksamhet. Resultatet visade att medvetenheten hos medarbetarna var stor

och de erbjöd information till både enskilda och dess anhöriga, samt lyhörddhet för deras reaktioner som därmed bidrog till ökad känsla av trygghet, närvaro och samtal.

Risakanalys gjordes efter att en översvämning drabbat Stensjögatan/Livbojen, där de enskilda riskerade uteblivna insatser samt att de enskilda fick vistas i nya tillfälliga lokaler. Åtgärder skedde i form av att den enskilde/anhörig blev uppringda och den enskilde erbjöds då hembesök alternativt dagverksamhet på annan plats.

En risakanalys påbörjades i slutet av året som framför allt berör Fenix dagrehabilitering och dess framtida patienter. Sedan verksamheten startade har patienter remitterats till Fenix av läkare. Frågeställningen till risakanalysen var "vilka patientsäkerhetsrisker finns om även arbetsterapeuter/fysioterapeuter kan vara remitterter"? Fenix personal tror att fler patienter med behov kan bli aktuella för bedömning, samt att remisserna som kommer till Fenix blir bättre formulerade utifrån patientens behov. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter i framförallt Avdelning ordinärt boende kan komma att bli aktuella som remitterter. I risakanalysen påträffades risker som värderades och blev underlag till åtgärder. Beslut fattas under 2020.

6.1.3 Avdelning Ordinärt boende

Inför en planerad ombyggnad av en korttidsenhet genomfördes en risakanalys för att förutse hur ombyggnationen skulle kunna påverka korttidsenhetens patienter/brukare. Ett åtgärdsförslag togs fram och ombyggnationen genomfördes utan att några synpunkter inkommit till verksamheten.

Inom korttidsenheten identifierades ett behov av fler miljöanpassade vårdplatser för personer med kognitiv svikt. Ett förslag togs fram att på en korttidsenhet konvertera nio platser speciellt inriktade till enskilda med kognitiv svikt. För att säkerställa omvandlingen genomfördes en risakanalys och en åtgärdsplan togs fram. Riskanalysen ledde till att beslut togs att konvertera de nio platserna under våren 2020.

I samband med implementering av genombrottsmetoden på Lundavägens korttidsboende, gjordes en risakanalys ur ett brukarperspektiv. Genombrottsmetoden syftar till att ta tillvara medarbetarnas goda idéer avseende förbättringsarbete i verksamheten. Förbättringsområdena berör enskilda, anhöriga och medarbetare. Genombrottsmetoden är ett digitalt stöd där medarbetarna skriver in förbättringsidéer. Sektionschefen utser ansvariga för att testa idén och den följs upp systematiskt i ett PGSA-hjul. Kopplat till detta mäts brukarnas upplevelse 4 gånger varje år för att se om förbättringsarbetena leder till ökad kvalitet.

I samband med inflyttning på korttidsenhet görs vid behov individuella riskanalyser som mynnar ut i åtgärder och handlingsplaner. Dessa avser till exempel hög fallrisk, symtom enligt BPSD (med eller utan demensdiagnos), våld i nära relation o s v. Även händelseanalyser upprättas vid behov, vilket under 2019 utmynnat i två händelseanalyser kopplade individrelaterade händelser på korttidsenheterna.

I samband med organisationsförändringen i förvaltningen renodlades uppdraget som ÖSA i Lifecare planering, Lifecare utförare, Lifecare Procapita HSL och Flexite. En risakanalys genomfördes för att identifiera eventuella risker med ÖSA-funktionernas flytt från att tidigare varit placerade i det verksamhetsnära arbetet med splittrade uppdrag till att de renodlade ÖSA-uppdragen blivit centralt organiserade. Ett antal åtgärdsförslag togs fram utifrån identifierade risker och är nu genomförda med gott resultat.

En riskanalys har genomförts som avser demensvård i ordinärt boende, för att belysa riskerna med att integrera omvårdnadsgruppernas verksamhet i den ordinarie hemtjänsten. En åtgärdsplan togs fram efter riskanalysen och integreringen genomfördes under andra halvan av 2019.

En händelseanalys gjordes i en enhet avseende att nycklar till ett antal brukare tappats bort. Möjliga orsaker till händelsen identifierades och ett antal åtgärder sattes in för att förhindra liknande händelser i framtiden.

6.1.4 Avdelning Särskilt boende

Avdelningen har under året genomfört en rad risk- och händelseanalyser. Ett urval presenteras nedan:

En rad riskanalyser då enskilda med kognitiv svikt avviker från boendet har genomförts under året. Åtgärder har diskuterats och planerats med hänsyn till den enskildes integritet och hälsotillstånd. Tillsyn, avledande aktiviteter, aktualisering av gällande rutin och fallriskbedömning är exempel på åtgärder.

Riskanalys då enskild med försämrat hälsotillstånd fallit upprepade gånger med risken att skada sig. En rad åtgärder har vidtagits så som översyn av mat- och sömnbehov.

Riskanalys vid kommunikationssvårigheter med enskild pga. sjukdom där en rad olika risker i samband med omvårdnadssituationer konstaterades. Kartläggning och regelbunden utvärdering av den enskildes behov och hur detta kan tillgodoses utifrån hälsotillståndet.

Riskanalys när boendet ska ta emot enskild med husdjur. Risk fanns att andra boende skulle känna rädsla samt eventuella allergier, därav vikten med informationsspridning och tydliga riktlinjer kring hygien och skötsel.

Inför ett pilotprojekt där ett digitalt planeringsverktyg ska testas på sex särskilda boende genomfördes en riskanalys. Medarbetarna signalerade en risk för att förlora fokus på den enskildes behov. Detta projekt startar under våren 2020 och uppföljning kommer att ske under hösten.

I samband med införandet av MCSS, digital signering, gjordes en större riskanalys ur ett övergripande patientsäkerhetsperspektiv. Under 2019 har en mindre riskanalys genomförts utifrån risker om det digitala systemet ligger nere, då det kan finnas risk att den enskilde inte erhåller läkemedel i tid. Åtgärder har identifierats och sätts in vid behov.

Inför ett hissbyte gjordes en riskanalys. Åtgärder bl. a. i form av att boka om tider för läkarbesök, genomgång av utrymningsplan och information till räddningstjänsten vidtogs.

I samband med att enskilda påvisat ett utåtagerande beteende har riskanalyser genomförts. Risker med att andra enskilda drabbas och att hot- och våldssituationer uppstår beaktades. Åtgärder har vidtagits i form av bl. a. upprättande av handlingsplaner, arbeta förebyggande samt i vissa fall personalförstärkning.

Inför sommarsemester och eventuell värmebölja gjordes riskanalyser för att se över hur vikarier bäst kunde placeras och arbeta för att möta de enskildas behov, samt få stöd i kompetens av ordinarie personal. Åtgärder såsom introduktionshandledare, genomtänkt semesterplanering samt uppdatering av "brukarinformation" genomfördes. Verksamheterna prioriterade även förebyggande insatser för att minimera vätskebrist och värmeslag.

En spridning av MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus) på ett boende, föranledde ett omfattande arbete under 2019 då spridningen var svår att stoppa. Utifrån händelseanalys poängterades flertalet insatser som medarbetare på boendet fick i uppdrag att genomföra. Genom handlingsplan, återkommande utbildning i basal hygien samt åtgärder i miljön, är nu situationen under kontroll.

En händelseanalys genomfördes då en enskild fallit ur sin säng på grund av felhantering av tryckavlastande madrass. I utredningen konstaterades brister i hantering av medicintekniska produkter samt brister i informationsöverföring. Handlingsplan med åtgärder är initierad, samt spridd till övriga verksamheter för att minimera risk för upprepning.

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 Regioner (SKR) uttrycker även att egenkontroller ska användas till utvärderingar och jämförelser från föregående års arbete inom verksamheten.

6.2.1 Förvaltningsövergripande

Under året har stadsrevisionen granskat förvaltningens avvikelshantering och om den är ändamålsenlig. Utifrån sammanställd rapport kan revisionen sammantaget konstatera att förvaltningens avvikelshantering i stort är ändamålsenligt men på några punkter finns utrymme för förbättringar, exempelvis återrapportering till medarbetare efter utredd avvikelse, kännedom om rutiner samt effekter av vidtagna åtgärder för den enskilde.

Förvaltningen har under året arbetat med åtgärder relaterat till stadsrevisionens granskning. MA har tagit fram en rutin för lex Maria, som komplettering till redan befintliga stöddokument. I samband med avvikelshantering lyfts vikten av att vidtagna åtgärder och effekten av dessa för den enskilde sprids till de olika verksamheterna. Detta för att minimera risken för upprepning av händelsen. Kvalitetsråden är det tilltänkta forumet för denna dialog.

6.2.2 Avdelning Hälsa och förebyggande

Inom avdelningen har verksamheten för avlösning och ledsagarservice genomgått en grundlig översyn utifrån arbetsuppgifter, professionalitet och utvecklingsbehov. Flera åtgärder är påbörjade och fortsätter framöver. Under kommande år kommer uppföljning av åtgärder genomföras, delvis genom egenkontroll.

Demenssjuksköterskorna och psykiatrisjuksköterskorna har under året genomfört flertalet utbildningsinsatser till chefer och/eller medarbetare i de övriga avdelningarna, och utvärderat detta genom enkäter. Man har på liknande vis utvärderat sina konsultativa insatser i de olika verksamheterna. Majoriteten är nöjda med insatser och de tillskansade kunskaperna man nu kan använda i sitt dagliga arbete. Fortsatt arbete under kommande år planeras.

Det har gjorts en granskning på dagverksamheterna där alla signeringslistor HSL inventerades. Vid inventeringen konstateras att en signeringslista saknades. Det finns skillnader i verksamheterna gällande hanteringen av signeringslistor. Vidtagna åtgärder är att upprätta rutin för hantering av läkemedel på dagverksamheterna samt dialog med chef och MAS för fortsatta åtgärder.

En egenkontroll har gjorts gällande balansgrupp på mötesplatser och utegym. Utvärdering gällande deltagarnas nöjdhet har skett genom enkät som påvisar att 70% upplever förbättrad balans, nästan hälften fortsätter att träna hemma. Detta påvisar ett positivt resultat som följer evidens om effekter av balans- och styrketräning. Balansgrupperna fortsätter samt att ytterligare en balansskola för riskgruppen sköra äldre startas.

Utvärdering av Rehabgruppen Fenix verksamhet har skett genom enkät till patienterna. Samtliga respondenter svarar att rehabiliteringen varit ganska bra eller mycket bra. Resultatet påvisar att verksamheten arbetar med patientfokus och patientinflytande och verksamheten fortsätter att arbeta som tidigare och eventuellt med ett ökat remissflöde. (se avsnitt 6.1.2)

6.2.3 Avdelning Myndighet

Granskning av följsamhet till IBIC-modellen har under årets granskats av sektionschefer inom ordinärt boende. Enligt en framtagen mall har fem utredningar per månad granskats. Den kollegiala granskningen bedöms haft en god effekt och följs upp regelbundet på ledningsnivå.

Vid ett tillfälle har biståndshandläggare inom enheten ordinärt boende granskat varandras dokumentation. Sammanställning av resultat pågår och åtgärder kommer att planeras.

Granskning av avdelningens följsamhet till regelverket kopplat till SVU-processen har granskats av revisionen. Bedömningen är att regelverket är väl känt och förankrat samt att tillämpliga rutiner finns.

I samarbete med förvaltningens ekonomer har ett beräkningsunderlag har tagits fram med möjlighet att utvärdera information om antalet betalningsdagar kopplat till SVU-processen, arbetsbelastning och från vilken verksamhetstyp brukaren erhåller stöd. Underlaget kommer att analyseras och resultatet spridas inom avdelningen.

Granskning av hur biståndsbeslut i form av korttid bedöms och beviljas samt därefter följs upp har gjorts under året. Granskningen visade att beslut i form av bifall eller avslag på ansökan varierade inom avdelningen och att större delen av biståndsbesluten inte följdes upp innan de gått ut. Arbetsbelastning, bristfällig planering samt ökade krav på likvärdiga bedömningar antas vara orsaker till resultatet. Åtgärder vidtogs i form av fördelning av ärenden utifrån teamens arbetsbelastning. En förste biståndshandläggare har även anställts med uppdrag att säkerställa lika bedömningar och att föra dialog och genomgång av domar på yrkesträffar. Vidtagna åtgärder gav under året effekt såsom att samtliga team uppnår målet med uppföljning inom tidsram.

Dokumentation förd enligt både SoL och HSL i Mina planer och Procapita har granskats. Resultatet visade att dokumentationen förs på olika sätt. Åtgärder gällande Mina planer vidtogs i form av att en standardmodell med frastexter togs fram. Kommunikationen med slutenvården har därmed förbättrats. Nya modeller för dokumentation i Procapita togs fram och används sedan oktober månad. En fördjupad granskning planeras under nästa år.

6.2.4 Avdelning Ordinärt boende

På korttidsenheten har egenkontroll i form av granskning av signeringslistor för HSL-uppdrag genomförts. Detta har skett genom stickprovskontroll av journaler under en tvåveckorsperiod. Resultatet är ännu inte sammanställt, men planering finns för implementering av digitala signeringslistor.

Under oktober och november 2019 gjorde korttidsenheten en egenkontroll avseende registrering

i Palliativa registret. Efter egenkontrollen kunde det konstateras att nästan 100% av avlidna patienter var registrerade. Korttidsenheten kommer nu att arbeta vidare med hur registerunderlaget kan användas för att öka kvaliteten i arbetet kring palliativa patienter.

I Hemsjukvården har sjuksköterskorna genomfört egenkontroll i form av kollegial journalgranskning, följt av efterföljande dialog mellan kollegor. Egenkontrollen har visat att sektionerna har olika behov av utbildningsinsatser i journalföring och ett behov av att revidera befintlig mall har uppmärksammats. Resultat för fortsatt utbildning kommer att sammanställas och utvecklingsgrupp Procapita HSL har fått i uppdrag att ta fram en ny mall.

I hemsjukvården har sjuksköterskornas följsamhet till Basal hygienrutin följts upp en gång per månad genom självskattningar. Sammanställning av resultatet pågår och framöver planeras för ställningstagande till hur ofta självskattningarna ska göras.

Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Följsamheten kontrollerades genom observationsstudier i elva hemtjänstsektioner och en korttidssektion. Totalt gjordes 150 observationer. Resultatet har jämförts med 2018 förbättrats för korttidssektionen och försämrats för hemtjänstsektionerna. Ett av årets frukostmöte för chefer och stabspersonal ägnades åt frågan och samtliga sektioner fick i uppdrag att ta fram handlingsplaner för bättre följsamhet. En webbaserad utbildning i basal hygien finns i Lärkan. Varje år ska sektionscheferna gå igenom vikten av följsamhet för minskad smittspridning. Till hjälp för detta har ett informationsmaterial utarbetats. Under året har sektionerna fortlöpande arbetat med självskattning av följsamheten till de basala hygienrutinerna.

6.2.5 Avdelning Särskilt boende

Kostenheten ett digitalt program (Nomor+) för egenkontroll. Utförda egenkontroller verifieras genom mobil, surfplatta eller dator. Egenkontroller som görs regelbundet utifrån livsmedelshandling är bland annat personlig hygien, temperaturmätning, kylning och varumottagning. Cheferna upplever att detta digitaliserade sätt att hantera egenkontrollerna är mycket bättre än tidigare pappershantering. Genom den digitala metoden kommer exempelvis påminnelser, vilket gör det enklare att arbeta systematiskt och verksamheten kan känna en större trygghet i att egenkontrollerna blir utförda vid rätt tidpunkt.

Måltiderna har varit ett fokusområde för egenkontroll under året. Genom måltidsobservationer har verksamheterna blivit uppmärksamma på måltidsmiljön, vilket bland annat har inneburit en förbättrad matro för de enskilda. Nya arbetssätt tar tid att implementera, varför arbetet fortsätter nästkommande år.

Under året har IVO genomfört två oanmälda inspektioner. Områden som var i fokus för deras granskning var bl. a. hur verksamheten arbetar med skyddsåtgärder, dokumentation, kompetens gällande demenssjukdomar och det systematiska kvalitetsarbetet. I det ena tillsynsärendet har avdelningen under året arbetat med framtagande av en handlingsplan utifrån identifierade brister. För de båda särskilda boendena som erhöll besök av IVO:s inspektörer har ett arbete pågått med konkreta åtgärder. Inom ramen för kvalitetsråd på avdelningsnivå har dessa åtgärder diskuterats och spridits i syfte att förebygga. Arbetet kommer att fortgå under kommande år.

Egenkontrollen gällande privata medel innebar en genomgång av kvitton och avstämning av kassabok mot kontanta medel. Vid misstanke om brist i följsamhet till rutinen registreras avvikelse. Rutinen är ny och behöver implementeras. Egenkontrollen ska återkomma med regelbundet intervall.

Vad gäller social dokumentation och genomförandeplaner sker granskningar och stickprovskontroller. En tydligare, mer frekvent dokumentation samt en ökad kvalitet kan ses, mycket tack vare dokumentationsombudens uppdrag. Arbetet med att höja dokumentationskvaliteten fortlöper under nästa år.

Kontaktsmannaskapet är granskat utifrån framtagna rutiner. Genom en tydligare rutin kan verksamheten få bättre kunskap om hur den enskilde får sina insatser utförda. Arbetet fortsätter med att sprida kunskap och metod i verksamheterna.

Avdelningen genomför återkommande egenkontroller vad gäller basal hygien. Kontrollerna sker genom punktprevalensmätning, hygienrund, observationer, stickprov samt kontroll av handhygien. Verksamheterna har noterat en förbättring jämfört med 2018, dock behöver följsamheten att desinfektera händerna före patientnära arbete förbättras.

HSL-enheten har påbörjat ett arbete med kollegial journalgranskning. Genom dialog mellan kollegor skapas en samsyn kring dokumentation och förbättringsområden identifieras. Utbildning kommer ske under 2020 utifrån behov.

En sektion inom HSL-enheten har genomfört egenkontroll på kvalitetsmått, vilket har inneburit en granskning av antalet patienter med risk för sår, fall, malnutrition och bristande munhälsa. Antalet patienter med nämnda risker har minskat vilket påvisar att tidigare vidtagna åtgärder har gett effekt. Det är av vikt att sprida arbetet och resultatet till andra verksamheter.

6.3 Informationssäkerhet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter (SOSFS 2016:40, 7 kap. 1§), ska vårdgivaren kunna beskriva det arbete som under året pågått vad gäller informationssäkerhet i patientnära arbete.

Nedan nämns följande informationssystem:

- Procapita HSL - patientjournal
- NPÖ - Nationell Patientöversikt där kommun och region tilldelar varandra insyn i respektive journalföringsystem
- ViSam - Beslutsstöd för leg sjuksköterskor som kan hanteras digitalt

6.3.1 Förvaltningsövergripande

Loggranskning av åtkomst till patientjournal sker enligt rutin.

Loggranskning av åtkomst till NPÖ ska ske enligt separat rutin då metoden för ordinarie loggranskning inte kan överföras i sin helhet till NPÖ. Rutinen är framtagna under hösten 2019 och granskningar förväntas komma igång i början av 2020.

Sektionscheferna för HSL-verksamheter inom avdelningarna har under året tilldelats behörighet i Procapita HSL. Behovet finns eftersom sektionschefen kan komma att utreda händelser där deras legitimerade personal har varit inblandad. I sektionschefens arbetsuppgifter ingår även att bedöma medarbetarnas kunskap och kvalitet inom journaldokumentation. Behörigheten gäller att kunna läsa patientjournalen samt att kunna dokumentera att utredning har påbörjats och sedermera avslutats. I Malmö stads rutin för journalföring och hantering av personuppgifter framkommer det att sektionschefen tilldelas behörighet först efter en utbildningsinsats, samt att chefsrollen kommer att loggranskas regelbundet.

I Procapita HSL har en meddelandefunktion öppnats. Detta möjliggör en säker kommunikationsväg mellan HSL-personal, samt till och från biståndshandläggare. I meddelandefunktionen kan sekretessbelagda uppgifter (exempelvis personnummer) skickas, vilket underlättar kommunikation i team på ett säkert sätt och ökar tryggheten för den enskilde.

Under 2018 påbörjades ett omfattande arbete med riskanalys och handlingsplan för att begränsa behörigheter till Procapita HSL. Tidigare hade legitimerad personal förvaltningsövergripande behörighet till att läsa och dokumentera i patientjournalen. Detta innebar risker för informations-säkerheten och den enskildes integritet. Under 2019 begränsades detta utifrån befattning och verksamhetsområde. I de fall där en legitimerad arbetar övergripande och/eller tar emot den enskilde från andra verksamheter, har behörigheten fortsatt varit övergripande. Dock har ytterligare riskanalys påvisat relevanta fynd utifrån informationssäkerhet och sedermera möjligheter att begränsa behörighetstilldelningen ytterligare. En utmaning/risk i arbetet med att begränsa behörigheter är att den enskilde kan vara aktuell i två olika verksamheter samtidigt (exempelvis växelvård och ordinärt boende), men patientjournalen kan endast läsas och hanteras av de legitimerade i en av verksamheterna. I dessa fall krävs god kommunikation och tydliga riktlinjer för hur patientjournalen ska hanteras.

Under året har det stått klart att beslutsstödet ViSam går att använda digitalt via en app (applikation till smartphone eller surfplatta). En riskanalys gjordes för att uppmärksamma risker vid hantering av patientuppgifter i samband med ViSam. Se avsnitt 6.1.1.

6.4 Rehabiliterande förhållningssätt

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att som medarbetare ha en helhetssyn med fokus på det friska och stödja den enskilde i att ta tillvara sina egna resurser. Det rehabiliterande förhållningssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet.

6.4.1 Förvaltningsövergripande

I stora drag uppger samtliga avdelningar att det sker aktiviteter och arbete med ett rehabiliterande förhållningssätt. Emellertid uttalar flera enheter inom olika avdelningar att begreppet kan vara svårtolkat och blandas ihop med andra liknande begrepp som medarbetare också använder och tillämpar i det vardagliga arbetet för att främja individens möjlighet till delaktighet.

I de utbildningar som tillhandahålls av Strategiska utvecklingsavdelningens utbildargrupp, ingår genomgång av rehabiliterande förhållningssätt i exempelvis förflyttningsutbildning och personlyftsutbildning. Runt 500 omvårdnadspersonal har deltagit i en eller flera av dessa utbildningar under året. Även inom e-lärandet lyfts rehabiliterande förhållningssätt och dess vinster för både den enskilde och medarbetare.

6.4.2 Avdelning Hälsa och förebyggande

Ett rehabiliterande förhållningssätt är ett givet inslag i Fenix dagrehabilitering. Här går hela behandlingsperioden ut på att den enskilde med sina egna resurser ska träna sig till en ökad funktions- och aktivitetsförmåga efter stroke eller annan förvärvad skada i hjärna eller ryggmärg.

Inom dagverksamheterna och mötesplatserna arbetar medarbetarna med att bevara deltagarnas förmågor. Gruppaktiviteter som är anpassade på individnivå är exempel på detta. Balansgrupper genomförs på samtliga dagverksamheter, vilket främjar deltagarnas motivation och mod att hålla sig aktiva. Här ses ett utvecklingsområde att se över hur fallrutinen kan tillämpas på ett tydligare sätt. Inför 2020 planeras balansskola med både teoretiska och praktiska delar på en av mötesplat-

serna.

Vid anställning av ledsagare eller äldrepedagoger betonas vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt. Fixarna och uppsökande verksamhet har utifrån checklista för fallprevention möjlighet att ge råd till sina kunder avseende hur de på ett säkert sätt kan vara aktiva i sin vardag.

6.4.3 Avdelning Ordinärt boende

Enhet hemsjukvård rehab har under 2019 säkerställt att alla geografiska områden är redo för att arbeta med handledningsveckor under 2020. Syftet med handledningsveckorna är att öka kompetensen och stödja omvårdnadspersonalen i det rehabiliterande förhållningssättet. I de områden som arbetssättet redan är implementerat, upplever både omvårdnads- och rehab-personal förbättrat samarbete och samsyn i förhållningssätt.

På korttidsenheterna är en målsättning ofta att förbereda den enskilde inför hemgång, därigenom ingår träning i att klara dagliga behov självständigt, såsom påklädning och att hantera läkemedel. Legitimerad personal ger handledning i rehabiliterande förhållningssätt till omvårdnadspersonal om behov uppstår i enskilda fall. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter är närvarande vid morgonens teamträff för att kunna lyfta det rehabiliterande förhållningssättet både generellt och i specifika patientärenden.

6.4.4 Avdelning Särskilt boende

Sektionen för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året fått två tjänster som ska arbeta mer fokuserat mot fallförebyggande insatser. I målbeskrivningen står bland annat att minska antalet fall och minimera fallskador. Den arbetsterapeut och fysioterapeut som anställts har tillsammans med sektionschef planerat för balansgrupper, fallrond samt genomgång med teamen i verksamheterna om effekter av mat- och sömnvanor och läkemedel mm. Emellertid har det konkreta fallförebyggande arbetet ännu inte kommit igång, då resurserna behövts för att täcka basal rehabilitering i ordinarie verksamhet. Dialog pågår kring hur resurserna ska fördelas framöver.

Inom avdelningen ses ett behov av att arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomför handledarveckor likt det som beskrivs i avdelning för ordinärt boende. Detta i syfte att tydliggöra vikten av att arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt samt få en ökad samsyn kring den enskildes fysiska förutsättningar och möjligheter.

6.5 Utredning av avvikelser

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns beskrivet den rapporteringsskyldighet som gäller all personal inom vård och omsorg när det gäller att rapportera risker och händelser.

Klagomål och synpunkter kan framföras av brukare, deras närstående, personal, vårdgivare, patientnämnd, Inspektionen för vård och omsorg, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter. Alla avvikelser ska rapporteras in i Malmö stads avvikelssystem.

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

Nedan finns tabeller för hela Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen på antal och typ av avvikelser.

I bilagor finns avdelningsvis tabeller med antal och typ av avvikelse. Där finns också samlad analys av avvikelser med beskrivning av lärdom och hur de spridit inom förvaltningen.

Bilaga 1: Avdelning Hälsa och förebyggande

Bilaga 2: Avdelning Myndighet

Bilaga 3: Avdelning Ordinärt boende

Bilaga 4: Avdelning Särskilt boende

6.5.2 Sammanställning av avvikelser inom socialtjänst

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

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 misstanke om att stöld inträffat.

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

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser SoL 2019

Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	SIP/SVU	Synpunkter	Misstänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
1232	112	86	22	4	29	429	81	66	2 061

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
1252	83	39	41	4	33	377	128	86	2 043

Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden 2019

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	23	4	27

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden 2018

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	41	4	45

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållanden enligt Lex Sarah till IVO 2019

	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	3	3

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållanden 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

6.5.3 Sammanställning av avvikelser inom hälso- och sjukvården

Förklaring parametrar enligt hjälptext i Flexite:

Synpunkter

Dokumentation.

Brister i vården som lett till fallolycka: När ett fall sker i samband hälso- och sjukvård utförs. Omfattar även delegerade uppgifter

Läkemedel

Medicintekniska produkter

Omvårdnad:

Rehabilitering

Samordnad individuell plan – SIP/Samverkan vid utskrivning – SVU

Vårdplanering, intern: t.ex. teamträff, planering för vård och omsorg

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2019

Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
310	15	3 687	173	252	62	53	222	21	4 795

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
241	11	3 292	113	191	26	45	202	26	4 147

6.5.3.1 Vårdskador och lex Maria

Tabell från Flexite: lex Maria 2019

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	8	

Tabell från Flexite: lex Maria 2018

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	3	

6.5.4 Sammanställning av fallavvikelser

6.5.4.1 Fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2019

	Fall
Antal fall	10601

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	11021

7 Mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete 2020

Under året presenterades ett förslag på en styrmodell för kvalitetsuppföljning. Målet är att utveckla en gemensam ram och en systematik för kvalitetsuppföljning, att bidra till att skapa ett lärande klimat, identifiera framgångsrika arbetssätt och utvecklingsområden för att kunna ge rätt stöd och förutsättningar. Förslaget innebär att det ska hållas kvalitetsdialoger på alla nivåer, från sektionsnivå till nämndsnivå. Kvalitetsdialogerna utgår från tre ben: resultatet av en självskattning som medarbetarna svarat på, de framgångsfaktorer som man arbetat med under året samt handlingsplaner från genomförda kvalitetsråd under året.

Avdelningarna särskilt och ordinärt boende har under hösten haft pilotarbete utifrån ovan beskrivna modell. En första uppföljning visar att medarbetare har uppskattat arbetssättet, känt sig delaktiga samt fått en tydlighet kring det som följs upp i verksamheten. Under nästa år kommer arbetet att utvärderas och därefter implementeras i hela förvaltningen.

Nätverksgrupp för samverkan vid utskrivning mellan Region Skåne och kommunerna i Sydväst planerar fortsatta workshops riktade till alla professioner inom slutenvård, primärvård, psykiatri och de tre socialförvaltningarna i Malmö stad. Detta i syfte för att öka förståelsen för varandras arbete och samsyn kring SVU-processen.

Avdelningen myndighet kommer att fortsatt arbeta med förtydligande av roller och ansvar då detta underlättar förvaltningens arbete mot en sömlös resa för den enskilde genom organisationen. Detta arbete förutsätter ett gott samarbete med övriga avdelningar och samverkanspartners. Ett fortsatt stort fokus kommer även att ligga på utvecklingsarbetet utifrån Lean-modellen. Behov av förbättringar och utveckling identifieras av medarbetare vid de dagliga avstämningarna. Genom detta arbete ska arbetsuppgifter som inte tillför något värde för den enskilde och dennes anhöriga ska minska till förmån för ärenden av komplex art och en ökad tillgänglighet för den enskilde och dennes anhöriga.

Under 2019 har samtliga avdelningar samverkat med varandra i olika konstellationer, framför allt i många av medarbetarnas dagliga arbetsuppgifter. Flera samverkansforum är välfungerande. Det finns också forum som ligger i uppstartsfas, vilket under 2020 kommer utvecklas. Det är samtliga avdelningars intention att ha en välfungerande samverkan för att den enskilde ska få en sömlös god vård och omsorg.

I Sverige finns sedan 2018 en nationell demensstrategi och förvaltningen strategi för demensvård tar avstamp i denna. Uppgiften inför kommande år för förvaltningens samtliga avdelningar blir att konkretisera aktiviteter i sina verksamheter i syfte att sträva mot de gemensamma och övergripande målen.

Avdelningen särskilt boende kommer att fokusera på att arbeta med följsamhet till processen i arbetet med skyddsåtgärder. Under hösten 2019 genomfördes en workshop där en rad utvecklingsområden identifierades bl. a dokumentation, kompetens och perspektiv. Utifrån dessa har socialt ansvarig samordnare och HSL kvalitetsutvecklare lämnat förslag på konkreta åtgärder.

Palliativa registret tillämpas i samtliga särskilda boenden. Utbildning av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i palliativ omvårdnad och smärtskattningsinstrument är en del i arbetet att förbättra den palliativa vården. Arbetet kommer att fortsätta under 2020 för att sektionerna ska arbeta mer likriktat.

Kvalitetsregistret Senior Alert tillämpas i avdelningarna ordinärt boende och särskilt boende. Då tillämpningen av kvalitetsregistret ger en god uppfattning om den enskildes hälsotillstånd och behov av insatser, ses vinster i att fortsatt arbeta med utbildning och spridning i verksamheterna.

Inom sektionen för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom avdelning särskilt boende ses ett behov av att rent organisatoriskt se över gruppen och fördela resurser utifrån prioriteringsordning. Med underlag från avvikelser och patientsäkerhetsrisker kommer personalen framför allt se till att verksamheterna får en fungerande basal rehabiliteringsnivå samt kontinuitet i teamsamverkan.

De konsultativa psykiatrisjuksköterskorna och demensjuksköterskorna i avdelning Hälsa och förebyggande kommer hålla regelbundna utbildningar till personal inom de andra avdelningarna 2020.

Plan för implementering för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser kommer skapas 2020. Arbetet är förvaltningsövergripande men implementeringen kommer ske utifrån varje avdelnings behov och förutsättningar. MA och Kvalitetsutvecklare HSL samverkar med avdelningscheferna.

Avdelning hälsa och förebyggande har identifierat behov av att se över avvikelshanteringen i Flexite, både vad gäller systemtekniska justeringar samt kompetenshöjande insatser. I anslutning till detta arbete har det utifrån HSL-perspektiv identifierats ett behov av att undersöka möjligheten till delegeringar av medicinska arbetsuppgifter inom avdelningen samt att en person med HSL-bakgrund kan arbeta med kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvårdsinsatser i avdelningen.

Digitalisering av vård- och omsorgsverksamhet ligger i nutid och framtid. Utifrån medarbetarperspektiv undersöks fortsatta möjligheter till administrativ avlastning och säkerställande av planerade och utförda arbetsuppgifter. Ur den enskildes perspektiv öppnas förutsättningar för en större delaktighet och självständighet i vardagen. Utifrån beslutad strategi för digitalisering fortsätter utvecklingen i första hand till att se till så infrastrukturen finns på plats samt att utveckla olika smarta och säkra digitala lösningar.