

Patientsäkerhetsberättelse för hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen, Malmö stad 2022



Datum: 2023-03-01

Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvariga i Malmö stad, hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen

Diarienummer: HVO-2023-383

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
1. Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Samverkan regionalt och nationellt	7
Förvaltningsövergripande samverkan.....	8
Samverkan inom HVOF.....	9
Informationssäkerhet.....	10
2. En god säkerhetskultur.....	11
3. Adekvat kunskap och kompetens	11
4. Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	17
Riktlinjer och rutiner.....	17
Samordning i vårdens övergångar	17
Delegeringsprocessen	18
Arbetsprocess vid utbrott av smitta	18
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	18
Beslutsstöd ViSam.....	18
Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.....	18
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	22
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26
Engagerad ledning och styrning	26
En god säkerhetskultur.....	26
Adekvat kunskap och kompetens	26
Patienten som medskapare	26

SAMMANFATTNING

Under år 2022 tog verksamheterna återigen fart i flertalet utvecklingsarbeten som varit pausade under pandemiåren. Samverkan som under lång tid fått ske på distans har i större utsträckning kunnat genomföras i gemensamma fysiska träffar, workshops, verksamhetsbesök med mera. På mötesplatser och särskilda boenden har gruppaktiviteter återigen kunnat planeras och genomföras i högre utsträckning.

Fortsatt god samverkan med Vårdhygien och Smittskydd har skett, eftersom Covid-19 och sedermera influensan har påverkat verksamheterna periodvis, likaså andra vårdrelaterade infektioner. Den samverkan som sker med övriga aktörer inom Region Skåne är omfattande, och de flesta aktiviteter berör omställningen till en God och nära vård. Oavsett verksamhetsnära eller strategisk nivå, utgår omställningen och dialogerna från att patienters och anhörigas behov ska mötas där det allra bäst behövs. Exempel på aktivitet för Nära vård, är att sjuksköterskor i förvaltningen har vaccinerat patienter utan läkares närvaro. I oktober 2022 påbörjades även piloter där de kommunala sjuksköterskorna kan ge intravenös antibiotika.

Ett förvaltningsövergripande arbete som fortsatt från föregående år, är framtagandet av en Handlingsplan för fallförebyggande arbete. Aktiviteter för att stödja implementeringen av handlingsplanen planeras för 2023.

De egenkontroller som är återkommande i avdelningarna är punktprevalensmätning avseende basal hygien och klädregler, uppföljning av registrering i kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret, samt kollegial journalgranskning. Resultaten har analyserats och ser olika ut för de avdelningar som berörs. Där brister har identifierats har handlingsplaner upprättats. Angående den kollegiala journalgranskningen finns det skillnader i resultat mellan HSL-sektionerna, fortsatt behöver verksamheterna arbeta med upprättandet av vårdplaner.

Informationssäkerhet och ökad patientsäkerhet ur ett samhällsperspektiv har fått ett större fokus under 2022, med anledning av bland annat rådande oro och beredskap i Europa. Det är positivt att förvaltningen har ökat och även strukturerat sin samverkan med bland annat stadskontoret och central IT i Serviceförvaltningen. HVOF har identifierat scenarier där exempelvis el- och vattenavbrott kan innebära stora risker för patientsäkerheten. Kontinuitetsplaner har upprättats.

Inrapportering av synpunkter och avvikelser sker i ett digitalt avvikelssystem. Ärenden tas emot från medarbetare, patient, anhöriga, Patientnämnd och IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg). I och med förvaltningens kvalitetsuppföljningsmodell finns goda förutsättningar för verksamheten att systematiskt kunna utreda orsaker till negativa, oönskade händelser. Åtgärdsplaner tas fram och erfarenheter sprids inom avdelningarna, ibland även förvaltningsövergripande.

Respektive avdelning i förvaltningen prioriterar utvecklingsområden för 2023. Det som framkommer i Kvalitetsuppföljningsmodellen utifrån kvalitetsråd och kvalitetsdialoger ger indikationer på vad medarbetare lyfter som viktiga framgångar och även förbättringsområden. Medicinska ansvariga i förvaltningen tar del av planeringen.

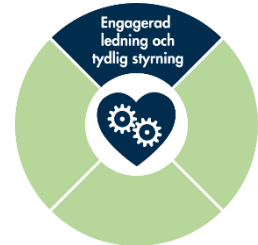
Det är fortsatt av största vikt att förvaltningen erbjuder en vård där patient och i förkommande fall anhöriga tillåts vara delaktiga i planering och genomförande av insatser. Genom återkommande reflektioner kring rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerad vård, samt utbildningsinsatser inom anhörigstöd, förbättras förutsättningarna för patienter att vara medskapare i sin vård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

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 en sådan verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav genom att sätta egna mål. Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen (HVOF) 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 patienter som handlar om att arbeta för trygghet och delaktighet, men inkluderar även ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Även kompetensförsörjning och chefers förutsättningar nämns som viktiga aspekter i förhållande till att kunna bedriva en god vård och omsorg. Utvecklingsplanen för chefers förutsättningar har under 2022 följts upp och reviderats för kommande år. Det föreligger ett fortsatt behov att arbeta vidare med områden som bland annat rör kompetensutveckling, stödfunktioner, rimligt antal medarbetare per chef utifrån verksamhet, struktur för dialogforum och ledningskultur enligt principerna för tillitsbaserad styrning och ledning. Chefers förutsättningar och kompetensförsörjning nämns ofta i gemensamma sammanhang, då det är tydligt att medarbetare har behov av kontinuerlig kompetensutveckling av god kvalitet, och chefer behöver förutsättningar att kunna stödja och följa denna utveckling.

Utifrån resultat och analys från föregående år, har kvalitetsuppföljningsmodellen fortsatt visat sig vara en effektiv strategi för att sprida lärande och identifiera såväl framgångsfaktorer som utmaningar. Förvaltningen har även fortsatt arbeta utifrån den nationella planen för demensvård, vilket inkluderar bland annat stjärnmärkning av särskilda boenden. Det har resulterat i att 14 av 17 demensboenden samt samtliga dagverksamheter har stjärnmärkts.

Sett enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) beskrivning av patientsäkerhetsarbete, ska vårdgivaren på ett systematiskt sätt arbeta för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. En aktivitet under året har varit att granska några verksamheters förutsättningar till patientsäkerhetsarbete genom ett analysverktyg utvecklat av SKR. För hela förvaltningen har även ett nytt verksamhetssystem införts, för en enklare inrapportering av kvalitetsavvikelser. En annan viktig strategi för att identifiera och analysera risker är just att genomföra risk- och händelseanalyser med tydlig metodik och uppföljning.

Organisation och ansvar

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

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet. Nämnden ska planera och utveckla verksamheten, omvärldsbevaka och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete samt årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget. Mer ingående information om roller och ansvarsfördelning i patientsäkerhetsarbetet redovisas i Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningsdirektör: Har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med nämnden och informera om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

Avdelningschef: Har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning. Avdelningschefen ansvarar för att hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård. Detta utifrån Hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30) 4 kap. 2 §, vilket innebär att vara verksamhetschef samt att följa de föreskrifter som finns på området.

Enhetschef: Enhetschefen ansvarar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policys och processer. Enhetschefen ska också inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

Sektionschef: Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Sektionschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare.

Medicinskt ansvariga: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. MAS och MAR ska också bedöma vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål. Utifrån resultat av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser ska MAS och MAR tillsammans med verksamheterna, föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS och MAR ska också om allvarlig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Hälso- och sjukvårdsstrateg: Uppdraget innebär att processleda och stödja i hälso- och sjukvårdsstrategiska frågor i Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Funktionen stödjer förvaltningsledningen i det strategiska hälso- och sjukvårdsarbetet med fokus på Nära vård. Uppdraget innebär också att utveckla samt belysa den alltmer avancerade kommunala hälso- och sjukvården och samverka med såväl myndigheter som med andra vårdgivare. Hälso- och sjukvårdsstrategen är en viktig sammanhållande länk mellan Medicinskt ansvariga, Kvalitetsutvecklare HSL och koordinatören för Hälso- och sjukvårdsavtalet.

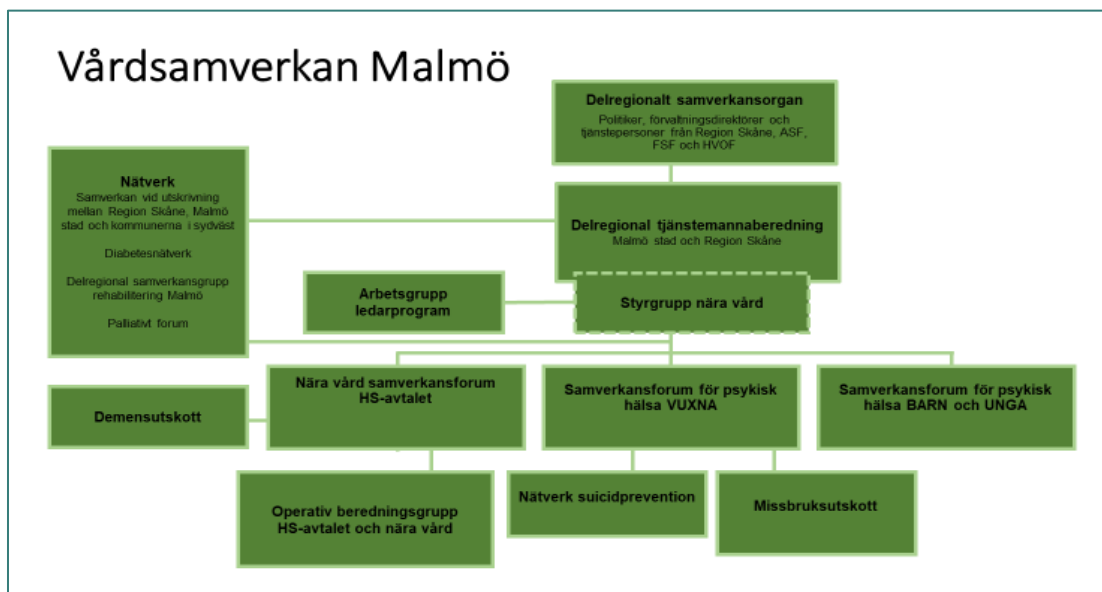
Kvalitetsutvecklare HSL: Funktionen finns i samtliga avdelningar inom förvaltningen. Utifrån de olika verksamheternas uppdrag i avdelningarna, skiljer sig arbetsuppgifterna något. Övergripande målsättningar för uppdraget är dock att säkra kvaliteten utifrån ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att säkerställa att verksamheterna arbetar aktivt med kvalitetsregister samt att vara ett nära stöd i vidareutvecklingen av det tvärprofessionella teamet. Kvalitetsutvecklarna deltar även i framtagande/revidering/implementering av verksamhetsnära rutiner och arbetsprocesser, samt deltar i genomförandet av beslutade åtgärdsplaner och uppföljningar. Utbildning och handledning ingår också i uppdraget utifrån de framtagna mål och strategier som framkommer i årshjul och ledningssystem.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Nedan beskrivs övergripande processer och områden där samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vid vårdens övergångar med region, primärvård och kommun.

Samverkan regionalt och nationellt



Samverkansforum Nära vård – fokus ligger på att kvalitetssäkra processer i vårdkedjan för att den alltmer växande kommunala hälso- och sjukvården ska få rätt förutsättningar till att kunna bedriva en god, säker och nära vård. Här innefattas även Hälso- och sjukvårdsavtalet, vars utvecklingsperiod är förlängd till 2027.

SKR Ledarskapsprogram Nära vård - Samtliga Medicinskt ansvariga samt HS-kordinatorer har gått ledarskapsprogrammet. De har ingått i grupper tillsammans med Funktionsstödsförvaltningen (FSF) och Region Skåne för att skapa olika gemensamma aktiviteter. Hospiteringsprojektet är exempel på en sådan aktivitet där syftet är att se patientens resa mellan vårdgivarna, kunna följa vårdens övergångar och utveckla förståelse för varandras uppdrag i Nära vårdutvecklingen. Under våren har arbetsterapeuter och fysioterapeuter från HVOF, FSF och regionen fortsatt hospitera hos varandra. Våren 2023 planeras hospitering även för sjuksköterskor. Ett framgångsrikt samarbete mellan primärvården och förvaltningen har resulterat i att förvaltningens sjuksköterskor har fortsatt vaccinera utan närvaro av läkare. I oktober påbörjades också piloter där de kommunala sjuksköterskorna började ge intravenös antibiotika. I piloterna ingick två hemsjukvårdsområden, en korttidsenhet samt sju särskilda boenden. Representanter från förvaltningen och från Region Skåne har under året tagit fram en gemensam rutin, och piloterna har utvärderats i början av 2023.

Regional samverkansgrupp MAS/MAR - lyfter kommunala patientsäkerhetsfrågor i Skåne, med syfte att hitta gemensamma strategier för att främja en god, säker och likvärdig vård i hela regionen. Genom Central tjänstemannaberedning samverkas frågorna med Socialchefer och Region Skåne.

Nätverk Samverkan vid utskrivning (SVU) – med syfte att SVU-processen ska följa Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612). Planering och utskrivning ska hålla hög kvalitet och patientsäkerhet hos samtliga berörda parter. En effekt av nätverket är att en ny rutin har skapats för HVOF. Den ska tydliggöra kontaktvägar mellan myndighet och hemsjukvård och även belysa uppföljning i samband med utskrivning från sjukhuset.

Delregional samverkansgrupp rehabilitering Malmö – både lokalt i Malmö stad och i liknande samverkan regionalt, har forumen belyst behovet av tydliga samarbeten för att patienten ska få rehabilitering på rätt nivå hos rätt vårdgivare. Arbetet har även inkluderat dialoger relaterat till post-covidrehabilitering.

MAR-nätverk Skånes Kommuner – ett forum för Skånes och Blekinges samtliga MAR att samlas och stötta varandra i uppdrag och ärenden. Bland annat har nätverket under året fört dialog med Lunds universitet angående arbetsterapeut- och fysioterapeutstudenters verksamhetsförlagda utbildning.

Nätverksgruppen för läkemedelsfrågor – med representation av MAS från de skånska kommunerna syftar nätverket till att bevaka och sprida nationell information vad gäller exempelvis nationell läkemedelslista, läkemedelsförråd och dosdispenserade läkemedel. Under året har gruppen blivit involverade i regionens upphandling av ny dosleverantör.

Diabetesnätverket - startades upp under 2020 har fortsatt sitt arbete enligt plan. Syftet är att ha god samverkan och dela med sig av kunskap. I nätverket sitter representanter från HVOF och FSF samt Diabetessamordnare från regionen. Under året har ytterligare utbildning hållits för legitimerad personal i kommunen.

Samverkan hembesöksbilar – Två gånger om året sker dialog utifrån avtalsuppföljning, statistik och avvikelser. Representanter finns från Skånes kommuner, hembesöksbilar och Region Skåne. Vikten av att de olika aktörerna har kunskap om varandras verksamheter är avgörande för ett säkert omhändertagande av patienterna.

Skåneövergripande fallprevention – Skånes Kommuner samlar representanter från olika delar av Skåne geografiskt, såväl som från olika vårdgivare, för att arbeta med ett gemensamt synsätt på fallprevention och arbetsprocesser relaterade till ämnet.

Höftprojekt - Genom Lunds universitet och företaget Infonomy har ett antal fysioterapeuter inom ordinärt boende deltagit i en pilotstudie som syftar till att utvärdera arbetssätt vid rehabilitering av höftfraktur. 36 patienter har ingått i urvalet från HVOF. Utifrån lärdomar av pilotstudien, kommer vissa justeringar att göras och en studie med fler patienter planeras under våren 2023.

Oral Care - Ett samverkansprojekt har genomförts mellan Region Skåne, Oral Care och Malmö stad. Projektet genomfördes på två särskilda boenden. Syftet var att stärka kunskapen om oral hälsa och munvård hos omvårdnadspersonalen med fokus på att kunna omsätta kunskapen i praktiken som leder till en bättre munhälsa hos patienter på särskilt boende.

Palliativt forum - en samverkansgrupp med representanter från FSF och HVOF, samt ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), och Mobilt vårdteam. Syftet med samverkan är att dela med sig av vad som är aktuellt inom området, samt lösa eventuella frågetecken avseende ansvarsfördelning och informationsöverföring. I HVOF finns palliativa nätverk inom ordinärt och särskilt boende med representation i forumet. Genom nätverken har ett antal medarbetare fått möjlighet att gå kursen ”De nödvändiga samtalen” genom Palliativt Utvecklingscentrum. Medarbetare blir tryggare i det svåra samtalet vilket leder till att patienter och anhöriga får ett ytterligare professionellt bemötande.

Dialog med Vårdhygien - Med anledning av Covid-19 började Vårdhygien Skåne tillsammans med Smittskydd Skåne hålla regelbundna avstämningar med MAS och MAR i de skånska kommunerna. Även om pandemin nu är avtagande har forumet på kommunernas begäran fortsatt, då man ser stora vinster i att ha kontinuerligt informationsutbyte inom olika frågor som rör aktuell smittspridning av virus och multiresistenta bakterier, riktlinjer avseende basal hygien och övriga frågor relaterade till ämnesområdet.

Mobilt sjukhusteam - SUS Malmö påbörjade ett tvåårigt projekt i juni 2021. Projektet innebar att patienter i behov av medicinsk specialistvård inom internmedicin eller infektion, kan erbjudas vård i hemmet av legitimerad personal från SUS, istället för att vara inlagda på sjukhus. Under hösten 2021 utökades projektet till att även omfatta patienter med kommunala insatser.

Förvaltningsövergripande samverkan

Samverkan med FSF och Arbetsmarknads- och Socialtjänstförvaltningen (ASF) sker i olika forum. Cheferna för hälso- och sjukvårdsverksamheter på avdelnings- och enhetsnivå träffas regelbundet. Medicinskt ansvariga i HVOF, FSF och ASF har ett gemensamt månatligt nätverk där

förvaltningsövergripande beslut fattas. Det förekommer i vissa fall ett delat patientansvar vilket kräver god kommunikation och följsamhet till uppsatta rutiner.

Verksamhetssystemet Procapita HSL - används av legitimerade medarbetare i HVOF och FSF. En förvaltningsövergripande grupp med systemförvaltare, chefer, medarbetare och Medicinskt ansvariga ses månadsvis för att driva kvalitets- och utvecklingsarbetet framåt inom dokumentationsområdet. Systemförvaltarna är placerade i FSF men arbetar övergripande. Under 2022 initierades testprojekt inför successiv övergång till ett nytt verksamhetssystem, planerad skarp drift under första delen av 2024. Detta sker dock endast under förutsättning att det nya systemet uppfyller krav på användarvänlighet och patientsäkerhet.

Avvikelseystemet Flexite - avslutades vid årsskiftet till 2023 och under det gångna året har det byggts upp nya processer i ett kvalitetsavvikelseystem, genom plattformen Selfpoint. Representanter från både HVOF och FSF sitter med i de olika arbetsgrupperna för utvecklingsarbetet. Användarvänlighet är fokus i utvecklingsarbetet.

Hjälpmiddelscentrum - en verksamhet som rent organisatoriskt tillhör FSF men som servar samtliga verksamheter i Malmö stad som handhar hjälpmedel. Under 2022 har ett par säkerhetsmeddelanden genererat service och utbyte av vissa förskrivna hjälpmedel, nya upphandlingar har genomförts, och riskanalys har hållits med anledning av lägre tillgänglighet under jourtid. En hjälpmedelsgrupp bestående av representanter från HVOF och FSF driver kvalitetsarbetet.

Samverkan inom HVOF

Avdelningarna i HVOF har arbetat både med övergripande samverkansprocesser och mer verksamhetsnära kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom respektive avdelning. Förvaltningsövergripande arbete, enligt nedan, har implementerats i olika takt inom respektive avdelning utifrån förutsättningar och prioriteringar.

Kompetenscentrum - Strategiska utvecklingsavdelningen erbjuder bland annat utbildningar inom hälso- och sjukvård till medarbetare i hela förvaltningen. Under året har man tagit fram en digital utbildning om diabetes. I en rapport beskrivs även årets arbete med introduktionsutbildning av sommarvikarier. Personer från HR och Kompetenscentrum har intervjuat chefer och introduktionshandledare för att identifiera vad som fungerat väl och vad som behöver utvecklas.

Forskning och utveckling - I Strategiska utvecklingsavdelningen finns även FoU med uppdrag att stödja förvaltningens kvalitets-, utvecklings- och forskningsarbete samt att samverka med andra huvudmän, FoU-enheter och lärosäten. Under 2022 har FoU exempelvis handlett medarbetare som genomfört kunskapsfördjupning (FoU-trainees) inom för verksamheten angelägna områden, men även bidragit med råd och vetenskapligt stöd i form av FoU-verkstad till medarbetare som arbetat med kvalitetsarbete och utvecklingsarbete inom förvaltningen.

Demens- och psykiatrisjuksköterskor - Sedan tidigare finns en etablerad kontakt med medarbetare i de övriga avdelningarna. De arbetar med konsultation, genomför utbildningsinsatser samt gör hembesök tillsammans med ordinarie personal vid behov. Deras medverkan bidrar till ökad kunskap och trygghet i mötet med patienter som har demenssjukdom eller annan psykisk problematik. Genom kollegial journalgranskning har gruppen identifierat områden där man kan arbeta mer lika, exempelvis inom bedömning och handledning.

Fenix rehabiliteringsavdelning - Under året har verksamheten tagit emot ett ökat antal ärenden för bedömning. Det ses en mycket positiv effekt av att kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter kan initiera bedömning hos Fenix, efter beslut 2021. Bedömningsunderlagen är fler, tydligare och ger i större utsträckning en rimlig förväntan till patienten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet handlar om förhållandet till den information som hanteras, oavsett digitalt eller manuellt. Målet är att rätt information kommer till rätt person i rätt tid och med hög säkerhet. Lagen om informationssäkerhet (2018:1174) för samhällsviktiga och digitala tjänster, LIS, syftar till att uppnå en hög nivå på säkerheten i nätverk och informationssystem. Förvaltningens informationssäkerhetssamordnare stödjer verksamheterna både på operativ och strategisk nivå. Tillsammans med förvaltningens dataskyddssamordnare arbetar de för att förvaltningens informationstillgångar och personuppgifter behandlas på ett korrekt sätt.

Intern kontroll

Informationssäkerhetssamordnaren har under året fått möjlighet att lära känna verksamheternas förutsättningar och utmaningar. Inom intern kontroll har en omfattande riskanalys genomförts i ämnet informationssäkerhet. Detta har medfört att förståelsen för informationssäkerhet har ökat inom verksamheterna och det är fler medarbetare som bättre känner till ämnet då det uppmärksammats i en större utsträckning. Riskanalysen har medfört en rad olika åtgärdsområden inför 2023 där bland annat utbildning av medarbetare inom informationssäkerhet och sekretess ska lanseras. Den digitala utbildningen inom informationssäkerhet har tagits fram under året och sekretessutbildningen kommer att slutföras nästa år.

Riktlinjer

Malmö stads riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet har omarbetats. Den nya riktlinjen och tillhörande anvisningar medför förenkling av ändringar i dokumenten då anvisningarna kan förändras smidigare i en snabbare process och inte behöver beslutas av kommunstyrelsen. För att säkerställa att de digitala system som används i verksamheten är tillräckligt säkra och följer gällande lagar ska informationsklassificeringar genomföras innan anskaffning, vid förändringar samt årligen. iFacts är systemet som används vid informationsklassificeringar. De nya riktlinjerna påvisar en brist, nämligen att kraven i iFacts inte har matchats mot kraven som ställs i den nya riktlinjen samt tillhörande anvisningar. Fyndet kommer följas upp och bearbetas under 2023.

Samverkan

När IVO granskade stadens och förvaltningarnas arbete med informationssäkerhet under 2021 blev det tydligt att samarbetet mellan centrala IT i Serviceförvaltningen behövde förstärkas, då de levererar infrastrukturen till förvaltningens system. Arbetet behöver ledas på en stadsövergripande nivå eftersom HVOF även har beroenden till andra förvaltningar såsom systemförvaltarskapet i FSF, IT på Serviceförvaltningen samt externa leverantörer.

Ett arbete med att revidera informationsklassificeringar för verksamhetssystemet Lifecare-Procapita har påbörjats. Syftet är att separera de olika modulerna och se över vilka informationsmängder som hanteras i respektive modul.

Digital kommunikation

Office 365 är inte ett alternativ för att ha digitala sekretessmöten, därför har informationssäkerhetssamordnaren under året börjat se över möjligheten till att använda en tjänst för säkra digitala möten (SDM) som Inera har tagit fram. Tjänsten är i grunden utvecklad för socialtjänsten och behovet av en plattform där samtal är säkra och där ingen information lagras. Socialstyrelsens krav på inloggning tillgodoses i form av stark autentisering (två-faktorsinloggning). I förvaltningen är det en verksamhet som har testat tjänsten internt mellan medarbetare. Ett utvärderingsarbete har påbörjats för att se över hur fler verksamheter kan nyttja tjänsten. Tjänsten har många fördelar då det även möjliggör att ha digitala möten tillsammans med exempelvis patienter och andra externa parter.

Ett annat projekt är säker digital kommunikation (SDK) som ska skapa förutsättningar för en säker hantering av känslig information som utbyts mellan verksamheter inom offentlig sektor inklusive privata utförare av offentligt uppdrag. Idag sker en stor del av informationsutbytet via fax, brev, telefon och vanlig e-post. Det tar tid, det är svårt att hitta rätt mottagare och att veta att informationen har nått fram. Det finns också en risk att informationen blir liggande eller kommer på avvägar. SDK är en nationell lösning som drivs av Inera. HVOF har under året genomfört en begränsad pilot på en sektion inom särskilt boende. Piloten blev mer avgränsad än planerat då Region Skåne beslutat sig för att avvakta med

att ansluta till SDK. Piloten landade i att flertalet rutiner kommit på plats och är väl genomarbetade. Det går dock inte att implementera SDK så länge Region Skåne inte ändrar sitt beslut.

MCSS (Medication and Care Support) används för digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser. MCSS har införts på samtliga särskilda boenden och införande i ordinärt boende är pågående. Inloggningen är förstärkt med hjälp av stark autentisering - Freja eID.

2. En god säkerhetskultur

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

Patientsäkerhetskulturen är en viktig del i arbetet mot en säkrare vård och består av normer och värderingar. Det handlar om attityder och värderingar som påverkar beteenden på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Att ha en öppenhet i kommunikationen och kontinuerligt ta upp och diskutera avvikelser i verksamheten är en viktig del i arbetet för att skapa en god säkerhetskultur. I verksamheten skapas tid för dialog, lärande och reflektion i befintliga mötesformer såsom pulsmöten, teamträffar och arbetsplatsträffar. Ett forum för återkoppling och kommunikation kring avvikelser är kvalitetsråd. Kvalitetsråden syftar till kvalitetsutveckling med utgångspunkt i avvikelser och genomförs var tredje månad. Avvikelser utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska analyseras och åtgärder planeras. I detta forum ges möjlighet för personalen att diskutera hur vårdskador ska förebyggas, informeras om misstag och fel som inträffat och få återkoppling om genomförda förändringar vilket också bidrar till lärande och reflektion. För att ytterligare förstärka det systematiska kvalitetsarbetet har kvalitetsråden under 2022 utökats till att genomföras även på enhetsnivå så att nu samtliga nivåer innefattas i arbetet.

Som en del i projektet för kvalitetsavvikelser har två olika digitala utbildningar tagits fram där den ena riktar sig till rapportörer och den andra riktar sig till utredare. Dessa utbildningar beskriver vad avvikelser är, varför avvikelser ska rapporteras, saker att tänka på vid utredning och samband mellan avvikelser och kvalitetsarbete.

En annan aspekt av patientsäkerhetskultur handlar om hur information om patienters vård förs över mellan enheter och arbetsskift. Under 2021 implementerades kommunikationsmodellen SBAR i förvaltningen och under 2022 har fortsatt arbete pågått för att förankra modellen i verksamheterna.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Inom ordinärt boende lyfts Malmömodellen för kontinuitet fram som en framgångsfaktor när det gäller att skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö där medarbetare ges ökade möjligheter att vara delaktiga i planeringen av sitt arbete samtidigt som arbetet blir mer personcentrerat med god kontinuitet och kvalitet samt trygghet för patienten. Då det även utförs delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser påverkar den förbättrade personalkontinuiteten även patientsäkerheten på ett positivt sätt.

För att fortsätta utveckla arbetet med en god säkerhetskultur samt skapa dialog och ökad medvetenhet kring säkerhetskultur kan en möjlighet vara att använda verktyget säkerhetskulturtrappan från A till E som finns tillgängligt via SKR.



3. Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. I förvaltningens ledningssystem står att sektionschefer har ett övergripande ansvar för att skapa förutsättningar till medarbetarna, genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling och tvärprofessionell samverkan.



Förutsättningar för att lyckas med en hållbar kompetensutveckling är att identifiera vad som är rätt kunskap och vilka färdigheter som behövs för uppdraget. Därför behövs uppdragsbeskrivningar som beskriver just vilken kunskap som behövs och vilka uppgifter som förväntas utföras i den verksamhet man befinner sig i. I förvaltningen har det tagits fram en uppdragsbeskrivning och introduktion för sjuksköterskor i klinisk tjänst. Det har startats ett introduktionsforum för kontinuerligt arbete med att upprätthålla kvalitén på introduktionen. Det har även tagits fram en kompetensmodell, partsgemensamt med vårdförbundet, som beskriver möjligheter för sjuksköterskor att utvecklas inom arbetsuppgifter och ansvarsområden. Modellen utgår från Malmö stads grundkompetensmodell och syftar till att vara ett underlag i framtagande av individuella kompetensutvecklingsplaner. Inom särskilt boende har uppdragsbeskrivningar samt en introduktions- och kompetensutvecklingsplan tagits fram för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I dagsläget saknas övergripande uppdragsbeskrivningar för undersköterskor och vårdbiträden. En risk när kompetensen inte kan sammanställas i en tydlig uppdragsbeskrivning, är att utbildningsinsatser kan bli ineffektiva och ej ändamålsenliga för uppdraget. Däremot finns tydliga beskrivningar för undersköterskor när hälso- och sjukvårdsinsatser ska utföras, på uppdrag eller genom delegering av legitimerad personal.

Genom förvaltningens Kompetenscentrum finns möjligheter för medarbetare och chefer att utbilda sig inom såväl tekniska som icke-tekniska färdigheter. Det finns både valbara och obligatoriska utbildningar, där vissa ingår i introduktionsprogram för omvårdnadspersonal och legitimerade nyanställda medarbetare. En stor del av utbildningarna syftas till att höja kompetens hos omvårdnadspersonal i tekniska färdigheter, exempelvis förflyttningskunskap, hjälpmedelskunskap, läkemedelskunskap och enteral nutrition. Under pandemin begränsades fysiska övningstillfällen av praktiska moment. Efter granskning av avvikelser ses nu ett behov av att använda exempelvis läkemedelsverkstad med handledning på plats för att trygga kompetensen hos undersköterskor som har delegerade arbetsuppgifter i området.

Inom icke-tekniska färdigheter finns utbildningar i bland annat samverkan och teamarbete samt språkambudsutbildning. Under året har förvaltningen även drivit hospiteringsprojekt tillsammans med slutenvård och primärvård. Handledarveckor har funnits inom olika delar av förvaltningen under några års tid och är fortsatt identifierat som en framgångsfaktor för att implementera kunskap och samförstånd i verksamheterna. Det stärker även teamarbetet. Handledning kan även ske tvärs över avdelningarna, ett exempel på detta är att Silviasystrar har gett handledning till arbetsterapeuter och fysioterapeuter i myndighetens SVU-team för att stärka kompetensen inom kognitiv svikt.

Nytt för året är en digital introduktionsinformation för nyanställda chefer som saknar HSL-bakgrund. Utvärdering av denna sker under 2023. Fortsatt har förvaltningen även stor satsning på att fler vårdbiträden ska valideras eller utbildas till undersköterskor. Utöver internutbildningar genomförs uppdragsutbildningar av universitet och Komvux.

Medarbetare på Kompetenscentrum har identifierat att chefer behöver ökade förutsättningar för att kunna följa sina medarbetare och utvärdera kompetensutvecklingen. Många gånger kan en utbildning i tekniska färdigheter eller genomgång av en rutin ge snabb effekt där en kompetensbrist har uppmärksammas. Detta kallas anpassningsinriktat lärande, men det finns en risk i att enkom förlita sig på kunskap inför den specifika uppgiften/situationen. Ett utvecklingsinriktat lärande ger förmågan att reflektera över och kritiskt granska sina handlingar. Det är dock ett arbete som tar tid att implementera i verksamheterna och effekten kan dröja i jämförelse, dock ge en mer hållbar kompetensutveckling på sikt. En framgångsfaktor är när medarbetare erbjuds en utbildningsinsats som sedan leder till ett fördjupat uppdrag, såsom att kunna utbilda sig till specialistsjuksköterska. Ett annat exempel är sårkonsultutbildning där ett visst antal av kommunens sjuksköterskor har gått utbildning i sår i syfte att efter utbildning erhålla en spetskompetens/sårkonsultfunktion.

I överrapportering av HSL-uppgifter/delegerade uppgifter från legitimerad personal till omvårdnadspersonal matchas kompetenser med schemalagningen av medarbetare. I en del verksamheter har det upprättats en plan för att säkerställa att medarbetare med vissa kompetenser alltid finns tillgängliga, exempelvis vid frånvaro. Detta upplevs som en trygghet för medarbetare.

Det finns rutiner att följa för legitimerad personal som stöd när det uppstår behov av att prioritera bland insatser för att undvika att patientsäkerheten påverkas. Det kan gälla exempelvis vid extraordinär personalfrånvaro. Denna rutin aktualiseras inför de perioder på året då risken är stor när det gäller påverkan på bemanningssituationen.

4. Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har sedan flera år varit en metod för att göra patienten delaktig i sin planering av träning, rehabilitering och behandling. Patientens motivation vid val av insatser har ofta stor effekt på resultatet. För sjuksköterskor som många gånger har en redan fastställd plan genom patientansvarig läkare, gäller det att inkludera patient och anhörig genom tydlig information och att ge stöd och trygghet. Där det finns möjlighet för patienten att påverka sin behandling ska detta erbjudas. Inom avdelning för ordinärt boende har hemsjukvårdssektionerna planerat ett arbete för 2023 med veckofrågor (baserat på kvalitetsuppföljningsmodellen) till aktuella patienter, i syfte att efterfråga hur vården upplevs.

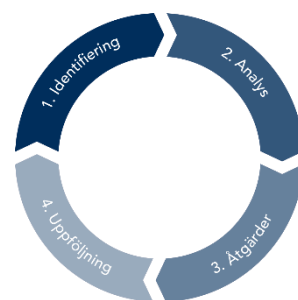
Ett nytt stödmaterial är framtaget för att ge extra stöd till anhöriga som själva är barn (under 18 år). Denna kommer spridas i verksamheterna under 2023 med syfte att särskilt uppmärksamma de rättigheter barn har enligt Barnkonventionen (2018:1197).

Begreppen rehabiliterande förhållningssätt och även personcentrerat synsätt är väl förankrade hos medarbetare i förvaltningens alla verksamheter. Det är inte alltid lätt att ha full följsamhet till begreppens innebörd, orsaker till detta kan exempelvis vara tillfälligt ökad arbetsbelastning eller en period av sämre kontinuitet i bemanning. Synpunkter inkommer ibland från patienter och anhöriga som rör att man inte känner sig väl bemött, delaktig i sin plan eller inte har fått svar på sina frågeställningar. Dessa synpunkter besvaras av verksamheten direkt till synpunktslämnaren. Många gånger är samordnad individuell plan (SIP) en viktig åtgärd för att samtliga teammedlemmar inkluderat patient och anhörig ska få en gemensam bild över den planerade vården, och på vilket sätt patienten vill prioritera sina insatser. Förvaltningens anhörigkonsulenter har gett stöd till vissa verksamheter som under året behövt belysa bemötande till anhöriga lite extra. Såväl chefer som medarbetare uttrycker uppskattning över detta och i de verksamheterna har antalet negativa synpunkter från anhöriga minskat. Arbetet sprids nu som gott exempel.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. I nedanstående tabell beskrivs resultat av egenkontroller utifrån satta mål samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.



Område	Mål	Strategi	Genomförande	Resultat
Basal hygien	God följsamhet till basal hygien	Mäta följsamheten till basal hygien och klädregler Hygienrond	PPM har utförts utifrån SKR:s metod 3ggr/år 10 ronder på särskilt boende genomförs per år av medicinskt ansvariga och kvalitetsutvecklare tillsammans med personal och chef på särskilda boenden/gruppboenden utifrån Vårdhygiens egenkontroll. På samtliga korttider har det gjorts egenkontroll och på tre av fyra korttider har hygienrond genomförts.	Inom särskilt boende har följsamhet till samtliga 8 steg förbättrats. Har fortsatt utmaningar med handdesinfektion före patientnära arbete. Inom ordinärt boende ses en viss försämring jämfört med föregående år. God följsamhet ses till klädregler medan ett förbättringsarbete behöver ske gällande handdesinfektion före patientnära arbete. Samtliga parametrar under hygienstegen har ett lägre resultat jämfört med tidigare mätning. Resultatet varierar men överlag god följsamhet och proaktivitet i det vårdhygieniska arbetet. Handlingsplaner har upprättats utifrån identifierade brister.
Dokumentation	Öka kvaliteten i HSL-dokumentationen	Kollegial journalgranskning enligt framtagen mall	Kollegial granskning utförs i mindre grupper 1 gång per år.	Det finns brister i dokumentationen, bla lyfts det upp att det behövs en ökad kunskap om vårdplaner, häsohistoria och "att göra listor". Fortsatt behov av att förbättra kvaliteten i dokumentationen.

ViSam	Korrekt användning av beslutsstödet	Att undersöka förekomsten av ViSam-bedömningar	Kollegial journalgranskning	Verksamheten kan se en ökad följsamhet men ännu inte i den utsträckning som hade varit önskvärt.
Palliativ vård	Öka kvaliteten på vård i livets slut	Statistik Från Palliativregistret	Verksamheterna delges statistik från kvalitetsregistren tre gånger per år.	Antalet registreringar har ökat. I vissa sektioner ses ökning av framför allt smärtskattning och munhälsobedömningar.
Senior alert, kvalitetsregister	Öka kvaliteten på det förebyggande arbetet.	Statistik från Senior Alert	Verksamheterna delges statistik från kvalitetsregistren tre gånger per år.	Följsamheten har ökat något men arbetet behöver fortsätta.
Läkemedels-förråd	Säkerställa läkemedelshantering i läkemedelsförråden	Granskning enligt Region Skånes mall	Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har skickat ut granskningsmall till läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Flertalet av verksamheterna hade kunskap om rutin för läkemedelsförråden. Dock identifierades det bristande följsamhet till rutinen då det bla saknades signaturlistor för kontroll av temperatur och att städning utfördes. Vidare behövdes de lokala läkemedelsinstruktionerna uppdateras. Identifierade brister är nu åtgärdade.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Under 2022 har fem lex Maria-anmälningar gjorts i förvaltningen:



Lex Maria – utredning ögondroppar

Sjuksköterska tillkallar läkare vid ett hembesök hos en patient med rött öga. Läkaren ordinerade ögondroppar med antibiotika till patienten. På grund av brister i informationsöverföring och uppföljning av ordination lämnades läkemedlet till patienten först efter fem dagar. Sjuksköterskorna konstaterade då att ögat var kraftigt försämrat. Patienten kom till en ögonspecialist som konstaterade en kraftig infektion på hornhinnan och att patienten förlorat synen på ena ögat. Åtgärder har satts in för att förhindra liknande händelser. Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och läkare ska följa modellen SBAR. Dessutom ska man säkerställa att den interna arbetsgången följer omvårdnadsprocessen.

Lex Maria - utredning blodprovstagning

En sjuksköterska provtog en patient utan att säkerställa patientens identitet så provtagningen utfördes på en annan patient. Utredningen visade att stress kunde vara en bidragande orsak. Åtgärder som infördes var att strukturera upp överrapporteringen för att minska stressen. Genomgång av hur insatser bör prioriteras samt att kontakta chefen vid ökad arbetsbelastning för eventuell avlastning.

Lex Maria – utredning MRSA

Då en hudrodnad hade uppkommit på en patient beställde sjuksköterska en odling av Meticillinresistent Staphylococcus aureus, MRSA, vilket visade sig vara positivt. I samband med att MRSA påvisades, screenades samtliga patienter som bodde på samma avdelning. Resultatet visade positivt för ytterligare en patient. Åtgärder efter utredningen var att säkerställa så att städ- och vårdhygienrutiner följs. Ytterligare utbildning kring vårdhygien och vårdrelaterade infektioner planerades också in.

Lex Maria – utredning kraftig viktnedgång

Efter att en viktnedgång på en patient uppmärksammades av en anhörig påbörjade medicinskt ansvariga i förvaltningen en utredning som identifierade brister i dokumentationen kring den långsiktiga planeringen av patientens omvårdnadsinsatser. Brister fanns också bland annat i det förebyggande arbetet när det gäller *Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens* (BPSD) och nutrition. Åtgärder som vidtagits är bland annat utbildning och handledning i BPSD, nutrition och dokumentation.

Lex Maria – utredning sepsis KRA

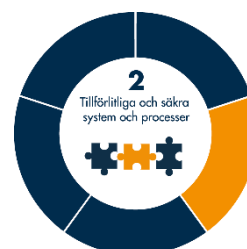
Nattsjuksköterskan använde inte ViSam beslutstöd vid bedömningen av en försämrad patient. Hade beslutstödet använts hade rekommendationen varit att larma 112. Patienten skickades in med ambulans av dagsjuksköterskorna ca kl. 7:30 vilket ledde till en fördröjning av vård på ca 60 minuter. Patienten hade drabbats av sepsis och avled samma dag.

Utöver lex Maria-anmälningarna har medicinskt ansvariga gjort ytterligare 13 internutredningar gällande framför allt trycksår och förändrat hälsotillstånd hos patienter. Vid ett flertal av utredningarna har de bakomliggande orsakerna varit brist i informationsöverföringen, bristande riskbedömning, bristande utbildning/kompetens, brist i följsamhet av rutiner/processer samt brister i dokumentationen. Åtgärder som gjorts är bland annat utbildningsinsatser av de identifierade bristerna, skapa en strukturerad överrapportering och genomgångar av de rutiner som inte följts.

För att ge möjlighet till ett lärande efter inträffade händelser sprids information om internutredningar och åtgärdsplaner i olika forum. Medicinskt ansvariga skriver regelbundet nyhetsbrev och deltar även i ledningsgrupper på olika nivåer.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan följer exempel på arbetsprocesser som är identifierade i förvaltningen som särskilt viktiga för att stärka patientsäkerheten.

Riktlinjer och rutiner

I förvaltningen arbetar medicinskt ansvariga och även enhetschefer enligt HSL med de riktlinjer och rutiner som ska stötta verksamhetens arbete. Dokumenten revideras med fast intervall och inför en revidering görs ofta en omvärldsbevakning och en uppföljning av följsamhet. Det är av vikt att riktlinjer och rutiner riktas till rätt målgrupp och att språket anpassas därefter, för att uppnå en hög grad av följsamhet. Exempel på en riktlinje som genomgått en omfattande revidering under 2022 är Riktlinje för kvalitetssäkring av Medicintekniska produkter (MTP). Ny lagstiftning påverkar såväl systemtekniska förutsättningar som handhavande av produkterna, vilket har behövt justeras i riktlinjen.

Samordning i vårdens övergångar

Det är väl känt att patientsäkerhetsriskerna inom bland annat kommunikation och informationsöverföring är fler, i samband med att patienter flyttar mellan eller inom verksamheter. För att säkra processerna i möjligaste mån finns återkommande mötesforum för samordnad individuell plan (SIP), SVU-processen och inskrivning i mobila team genom HS-avtalet. Rutiner ses över och revideras regelbundet och det finns även möjligheter för att utbyta information och erfarenheter i lärande syfte.

Rapporteringsstöd enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation)

När överrapportering ska ske mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal har risker identifierats. Det kan vara oklart vad som är relevant information att rapportera. Det har medfört att patienter inte fått lika chans till god och säker vård. Genom ett strukturerat rapporteringsstöd ökar möjligheterna för kvalitetssäkrad sändning och mottagning av information. Arbetsprocessen implementeras successivt i verksamheterna och utvärderas löpande.

Riskbedömningar vid inflyttning samt vid förändrat hälsotillstånd

Sedan tidigare har korttidsverksamheten och särskilt boende haft separata rutiner avseende att patienter ska genomgå riskbedömningar (fall, nutrition, trycksår, munhälsa) vid inflyttning, men även då patienten fått ett försämrat hälsotillstånd. Under året har det identifierats att rutinerna behöver ses över och bli tydligare och mer enhetliga. Det är skillnad på riskbedömningar som görs när patientens tillstånd har förändrats över tid, jämfört med när förändringen har varit av en mer akut karaktär. I utredningar som gjorts där patienter drabbats av vårdskada i form av exempelvis undernäring eller trycksår ses att rutinerna måste stärka professionens bedömning och innefatta en mer nogsam plan för åtgärder med tydlig uppföljning. Arbetet kommer följas upp under 2023.

Skyddsåtgärdsprocessen

Arbetet med skyddsåtgärder är ett ständigt aktuellt område i förvaltningens samtliga avdelningar. Alla patienter ska erhålla en god och säker vård, fritt från tvång och begränsningar. Förvaltningens framtagna skyddsåtgärdsprocess ska stödja teamet runt patienten så att dennes behov blir tillgodosett på ett säkert sätt. Här inkluderas även riskbedömningar och uppföljningar som särskilt viktiga delar av processen. Inom avdelning ordinärt boende har sektionerna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter haft dialogmöten i ämnet under hösten och fortsatt arbete är planerat för övriga sektioner i avdelningen under 2023. Inom avdelning särskilt boende har det tidigare tagits fram en modell för arbete med skyddsåtgärder. Under 2022 har alla verksamheter arbetat utifrån denna som bland annat innebar att ta del av filmen om skyddsåtgärder samt gå igenom förvaltningens process kring arbete med skyddsåtgärder.

Delegeringsprocessen

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård, utförd på rätt sätt av rätt person, krävs en tydlig arbetsprocess för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Legitimerade medarbetare med formell och reell kompetens kan delegera vissa arbetsuppgifter till personer utan formell kompetens, om den reella kompetensen finns. Delegeringsförfarandet styrs av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Förvaltningen har en riktlinje som beskriver de förutsättningar som krävs för att en delegering ska anses vara patientsäker och följa föreskriften. Avdelningarna har genom lokal rutin och lokal tillämpning tydliga arbetsprocesser för genomförande. Det huvudsakliga syftet med att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter är att utförandet ska vara till gagn för patienten. I arbetsprocessen ingår att delegerade medarbetare följs upp årligen både utifrån reell kompetens men också utifrån hur uppgiften utförs i enskilda patientärenden.

Arbetsprocess vid utbrott av smitta

Med anledning av att det finns en ökad samhällsspridning av multiresistenta bakterier, ses även emellanåt smittspridningar i förvaltningens verksamheter. För att hanteringen av kartläggning, provtagning och utredning ska ske av god kvalitet har medicinskt ansvariga tillsammans med verksamheten skapat en arbetsprocess för detta inom särskilt boende. Såväl medarbetare som chefer ska kunna tillämpa arbetsprocessen för ett effektivt och säkert arbete. I övrigt har Vårdhygien tagit fram ett stöddokument som understödjer verksamhetens process.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Flera gånger årligen mäts medarbetarnas följsamhet till basala hygienrutiner och på så vis kan verksamhetsansvariga snabbt sätta in stöd, handledning eller extra utbildningsinsatser vid behov. I mätningen ingår även att följa klädregler vilket underlättas i och med tilldelade arbetskläder.

Beslutsstöd ViSam

För att kvalitetssäkra och strukturera bedömningar vid försämrat hälsotillstånd används ett evidensbaserat beslutsstöd (ViSam) av sjuksköterskor i förvaltningen. Sjuksköterskan får stöd i att värdera patientens vårdnivå. Informationsöverföring till annan vårdgivare säkras och patienter får lika förutsättningar till en god och säker bedömning av hälsotillståndet. Vid tillkallande av ambulans ses stor nytta av strukturen i beslutsstödet.

Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Beslutsstödmodellen har skapats för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster att använda till bedömningar av insatser vid funktionsnedsättning. På en övergripande nivå ses en samsyn i prioritering av ärenden samt ett mer jämlikt val av utredande åtgärder. Genom beslutsstödet inkluderas även patientens delaktighet i arbetsprocessen. Arbetsprocessen används inte till varje enskilt ärende, men finns som stöd vid bland annat komplexa ärenden och introduktion av nyanställda. Rehabsektionerna inväntar Skånes kommuner som är ombedda att hålla nya utbildningar.

Säker vård här och nu

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

Är vården säker idag

Förvaltningen har under 2022 arbetat i de olika delarna av organisationen på olika sätt med säker vård, både gällande människor, teknik och organisation.



Eftersom vården bedrivs under dygnets alla timmar och i samverkan mellan många olika aktörer är det viktigt att säkerställa att informationsöverföring sker på ett patientsäkert sätt. Det arbete med implementering av kommunikationsmodellen SBAR som påbörjades 2019 har fortsatt även under detta år. Behov har funnits av att arbeta vidare med kunskapen kring SBAR i hela förvaltningen. I avdelningen för särskilt boende har kvalitetsutvecklare HSL haft genomgång av SBAR i de verksamheter där det identifierats att behov finns. Implementeringsarbetet i ordinärt boende är fortsatt pågående och kommer följas upp under våren 2023.

I avdelning för särskilt boende har man under 2022 arbetat med förstärkt handledning vilket innebär att sjuksköterskorna frikopplas från sina ordinarie arbetsuppgifter för att stärka omvårdnadspersonalens kompetens i omvårdnadsarbetet vilket i sin tur leder till ökad patientsäkerhet.

För att säkerställa en likvärdig introduktion för sjuksköterskor har HVOF en gemensam introduktionsprocess som implementerades under 2022. Syftet med introduktionsprocessen är att skapa en större trygghet för nyanställda sjuksköterskor vilket också bidrar till en ökad kvalitet i patientarbetet.

För att förbättra arbetet kring grundläggande vårdhygieniska rutiner och öka kunskapen i basal hygien har avdelning för ordinärt boende under året utbildat hygienombud samt upprättat en uppdragsbeskrivning för dessa. I två hemtjänstsektioner har det varit temaveckor utifrån basal hygien. Sjuksköterska tillsammans med sektionschef i hemtjänst har haft handledning med omvårdnadspersonalen med syfte att öka kompetensen kring basal hygien.

Under 2022 genomfördes ett byte av dosleverantör av läkemedel. Ett omfattande förberedelsearbete gjordes för att säkerställa att de läkemedel som ordinerats kunnat levereras till alla patienter. Tack vare det kunde bytet av leverantör genomföras utan störningar. Nya rutiner gällande sjuksköterskans leveranskontroll av läkemedel skapades för att minimera riskerna när den nya dosleverantörens informationsutskick var utformade på annat sätt än tidigare leverantör. Ett nära samarbete med den nya dosleverantören har medfört att de brister som upptäcktes snabbt åtgärdats.

Arbetet med införandet av digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser, som startade 2021 i avdelningen för särskilt boende, har under 2022 börjat implementeras också i avdelningen för ordinärt boende.

För att skapa en helhetssyn och säkra kvaliteten i vården och omsorgen utifrån patientens behov, behöver alla medarbetare samarbeta med varandra. En viktig del i teamarbetet är teammöten. För att beskriva teamarbetet och förbättra strukturen på teammöten har under året en ny rutin implementeras inom avdelning för särskilt boende. Under pandemin avstannade en del av de pågående arbeten kring teamsamverkan då det under denna period inte var möjligt att träffas fysiskt. Under 2022 har man återupptagit de tvärprofessionella träffarna.

Kvalitetsregister är ett viktigt redskap som ger personalen en tydligare och genomtänkt struktur att arbeta efter. Verksamheten kan förses med statistik från de olika kvalitetsregistren som kan användas i arbetet med att förbättra kvaliteten i patientarbetet. Ett av de kvalitetsregister som används i HVOF är Senior Alert. Under året har ett aktivt arbete skett inom avdelning för särskilt boende för att samtliga boenden ska arbeta med Senior Alert i syfte att arbeta strukturerat med riskbedömning och fallförebyggande åtgärder. Avdelningen är även en aktiv deltagare i forskningsprojektet Prosenior. Det syftar till att minska riskerna för fallskador, trycksår, undernäring och dålig munhälsa för patienter. Arbetet sker genom Senior Alert och det tvärprofessionella teamet.

Under året har ett stort fokus legat på att utveckla den palliativa vården både i avdelning för särskilt boende och avdelning för ordinärt boende. Bland annat har det upprättats checklistor för vård i livets slut både för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Det finns även ett pågående projekt med palliativa ombud i hemtjänsten med syfte att utgöra ett stöd och stärka kompetensen i arbetsgruppen. Inom avdelning för särskilt boende har deltagarna i det palliativa nätverket arbetat aktivt med insatser för att öka registreringarna i palliativa registret genom bland annat grundlig introduktion av nyanställda och systematisk uppföljning av antalet registreringar.

Förvaltningen har anställt en diabetessjuksköterska med ett övergripande uppdrag för hela förvaltningen. I uppdraget ingår utbildning till personal, konsultativa uppgifter samt arbete för att stärka och förbättra samarbetet främst gentemot regionens primärvård. Diabetessjuksköterskan håller även informationstillfällen på mötesplatserna för våra Malmöbor.

Både chefer och medarbetare behöver dagligen vara medvetna om och vaksamma på risker som kan uppstå i olika moment och processer. För att kunna göra det på ett säkert sätt är det viktigt att det finns

möjlighet till en öppen dialog och daglig kommunikation. Förvaltningen har under året arbetat med regelbundna pulsmöten på olika sätt. Inom enheten för rehabilitering i avdelning för ordinärt boende sker dagliga pulsmöten där arbetsterapeuter och fysioterapeuter tillsammans med sektionschef ser över aktuell arbetssituation. Sjuksköterskorna arbetar med pulsmöten under kritiska perioder såsom semesterperiod, storhelger samt vid stor sjukfrånvaro. På avdelning för särskilt boende har sjuksköterskorna pulsmöten veckovis och även rehabsektionen ses regelbundet. Utöver pulsmöten arbetar samtliga enheter med att regelbundet se över arbetsbelastningen för de olika yrkeskategorierna. Detta skapar möjlighet att kunna anpassa arbetet efter rådande situation samt förebygga risker i såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet.

Riskhantering

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

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

I HVOF används en metod för risk- och händelseanalys som är anpassad för kommunal verksamhet och bygger på rekommendationer från SKR. En förvaltningsövergripande risk- och händelseanalysgrupp utför de riskanalyser som är omfattande och berör mer än en avdelning. De riskanalyser som gäller en mindre del av en verksamhet, exempelvis inom en sektion, utförs av verksamheten själv. Syftet med en riskanalys är att minska och förebygga risker och att kvalitetssäkra vård- och omsorgsarbetet. Exempel på situationer då riskanalyser bör genomföras är organisationsförändringar, förändrade arbetssätt eller andra tillfällen då man kan se en risk för patientsäkerheten. Utifrån de identifierade riskerna tas sedan åtgärder fram. Riskanalyser bidrar till ett ökande lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten.

Följande riskanalyser är genomförda av risk- och händelseanalysgruppen under 2022:

- Riskanalys inför överflyttning av korttidsverksamheten, från avdelning ordinärt boende till avdelning särskilt boende.
- Riskanalys gällande utskrivningsprocessen, för patienter med multiresistenta bakterier med riskfaktorer.
- Riskanalys reparation av vissa hjälpmedel under jourtid.
- Riskanalys inför införandet av nytt kvalitetsavvikelsesystem.
- Riskanalys inför uppstart och inflyttning av nya särskilda boenden.
- Riskanalys gällande behörighet till SoL-journaler för avlösare/ledsagare.
- Riskanalys gällande delegering inom nattorganisationen för sjuksköterskor HVOF/FSF.
- Riskanalys gällande bemanningssjuksköterskor som utför insats hos patienter med peritonealdialys i hemmet.
- Riskanalys gällande införande av digitala signeringslistor i ordinärt boende.
- Riskanalys gällande införande av övergripande behörighet i Lifecare för ledsagare/avlösare i samtliga geografiska områden.

I analyserna har risker värderats och åtgärdsförslag för att minimera riskerna tagits fram. Uppdragsgivarna för varje riskanalys har tagit emot åtgärdsförslagen och arbetat vidare med dessa tillsammans med berörda verksamheter.

Händelseanalyser genomförs efter att en oönskad händelse har inträffat. Här vill man belysa systemfel och risker i organisationen som kan påverka ett händelseförlopp. Genom att åtgärda dessa minskas risken för upprepning. Händelserna som analyserats under året har i de allra flesta fall kommit till uppdragsgivarens kännedom genom att en avvikelse har registrerats. I samband med utredning av avvikelser blir händelseanalyser ett värdefullt komplement och kan underlätta ställningstagandet i om en vårdskada har inträffat eller ej.

Risker som uppmärksammas i ovan nämnda analyser presenteras i avdelningarnas ledningsgrupper med syfte att reflektera över om riskerna kan identifieras i andra verksamheter än där de först uppmärksammades. De åtgärder som arbetet resulterar i, kan användas i verksamheternas fortsatta

utvecklingsarbete. I arbetsgången ingår även att följa upp åtgärderna och tillse att det förebyggande arbetet fortlöper.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Förbättring av system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

I avsnittet Säker vård här och nu (sid 19) beskrivs olika system, processer och arbetssätt som alla har för avsikt att öka patientsäkerheten. Utvecklingen av detta har skett i takt med att risker har identifierats, förutsättningar förändrats eller att andra utmaningar har mött verksamheterna. Förbättringsarbeten tar olika lång tid och kan också omprioriteras över tid utifrån situation och omgivning.

Övergripande är samverkan mellan vårdgivare en viktig nyckel till att höja patientsäkerheten. I risk- och händelseanalyser, avvikelser och utredningar finns ofta brister i informationsöverföring identifierade. Aktiviteter pågår med representanter från förvaltningen, vårdcentraler och slutenvården, exempelvis för att förbättra informationsflödet i överrapporteringsystemet Mina Planer, samt att minska avståndet mellan de olika vårdgivarna. Här har även hospiteringsprojektet spelat stor roll då de som deltagit fått en större insikt i patientens resa mellan vårdgivare. Den kollegiala journalgranskningen i förvaltningens HSL-sektioner bidrar till att säkra upp en tydligare journalföring. När dokumentationen blir samstämmig med en röd tråd som binder samman bedömning, planering, åtgärder och uppföljningar, ses en starkt informationsöverföring såväl inom den egna sektionen som vid en överrapportering. Detta leder också till en ökad patientsäkerhet.

Verksamheterna välkomnar forskning inom olika ämnesområden. HVOF har under året blivit tillfrågade att delta i forskning gällande förflyttningsteknik och arbetsmiljö, förebyggande av sår och sårbehandling samt olika initiativ inom det fallförebyggande området. Den forskning som löper över längre tid ger möjlighet till återkommande reflektion för deltagarna. Utöver att medarbetarna får vara delaktiga i att ta fram evidens och strategier inom forskningsområdet, stärker det den enskilda vården till patienten.

I förvaltningens systematiska kvalitetsarbete har avvikelserapportering en tydlig plats. Det finns ett systematiskt arbetssätt i att inrapporterad avvikelse utreds på individnivå för att därefter analyseras på övergripande nivå. Genom reflektion och dialog sprids lärdomar för att förebygga liknande oönskade händelser.

Förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp genomför på uppdrag risk- och händelseanalyser på övergripande nivå. Ett metodstöd är utvecklat av gruppen för att verksamheterna själva ska kunna genomföra mindre omfattande analyser. I arbetsgången för genomförande av analyser ingår dialog i förvaltningsledningen, för att verksamheterna i sin tur ska kunna ta del av genomförda analyser, åtgärdsförslag och uppföljningar.

Mängden och typen av hälso- och sjukvårdsinsatser har inte kunnat följas strukturerat på en övergripande nivå i förvaltningen hittills. Kuben är ett nytt resursanalysverktyg för legitimerade medarbetare att använda, med syfte att påvisa vilken hälso- och sjukvård som utförs i verksamheterna och vilka resurser som krävs. Mätningen startades upp i slutet av 2022, den kommer genomföras under delar av 2023 och analysen av resultatet ska bli underlag till fortsatt utvecklingsarbete.

Medicinskt ansvariga påbörjade arbetet med analysverktyget som SKR tagit fram som ett stöd till verksamheterna i utveckling av patientsäkerhetsarbetet. Verktyget ger möjlighet att genomföra en strukturerad analys av nuläget samt identifiera möjliggörare och utmaningar. Efter analysen sammanställs resultatet och förslag på åtgärder tas fram. Ett pilotprojekt startades 2022 där arbetsgrupper från avdelning

för särskilt boende respektive ordinärt boende testade verktyget. En rapport kommer att presenteras under våren 2023.

Avvikelser

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

Medarbetare i samtliga verksamheter registrerar avvikelser i ett specifikt avvikelssystem. HSL-avvikelser definieras som oönskade händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. I samma system kan medarbetare, chefer och medicinskt ansvariga/socialt ansvariga samordnare registrera och utreda synpunkter från patienter och anhöriga. Här bifogas även ärenden som kommer genom Patientnämnden. Chefer i verksamheterna lyfter kontinuerligt vikten av att registrera avvikelser och synpunkter, då det är det främsta redskapet för att identifiera risker i organisationen och lyfta dessa till en aggregerad nivå. Genom kvalitetsråd på sektionsnivå kan teamet närmast patienterna diskutera de mest verksamhetsnära åtgärderna. Därefter lyfter chefen sammanfattningen av identifierade risker och framtagna åtgärder för analys på enhetsnivå och därefter till avdelningsnivå.

Exempel på effekt av arbete med avvikelshantering:

Flera sektioner har rapporterat att medarbetare med läkemedelsdelegering inte genomfört vissa praktiska moment korrekt. Orsaken till bristen har bland annat varit begränsade möjligheter till praktisk genomgång av läkemedelshantering vid utbildning. (Denna omvandlades till digital genomgång under pandemin med anledning av rådande omständigheter.) Nu är den praktiska genomgången i form av läkemedelsverkstad åter i gång, vilket ger undersköterskor en ökad trygghet inför en eventuell delegering.

Sammanställning av HSL-avvikelser för 2021:

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL	299	13	3019	138	275	50	29	268	13	4104

Sammanställning av HSL-avvikelser för 2022:

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL	394	11	3270	200	351	57	26	300	28	4637

I jämförelse med föregående år ses en ökning av avvikelserregistreringar med 11,5%, 533 till antalet.

Inom område dokumentation är det bristande dokumentation som har flest poster. Brister kan bestå i exempelvis avsaknad av relevant information eller otillräcklig beskrivning av planerad vård och behandling. Det kan också vara när signeringslistor för utförda HSL-uppdrag inte är korrekt ifyllda eller markerade i MCSS.

I de avvikelser som registrerats som brister i vården som lett till fallolycka har en felaktig hantering av hjälpmedel varit den vanligaste orsaken. En annan möjlig orsak som angetts är att omvårdnadspersonal upplever att de inte är framme i tid hos en patient som påbörjat att resa sig eller gå i väg utan sitt hjälpmedel. Dessa avvikelser lyfts löpande genom kvalitetsråd så att hela teamet kan dela erfarenheter och möjliga lösningar i det unika patientärendet utifrån verksamhetens förutsättningar.

Totalt är läkemedelsavvikelseerna högre till antal jämfört med 2021, men något lägre än 2020 då siffran var 3389. Den totala ökningen från 2021 till 2022 är 8%. Den post som har störst ökning är misstänkt stöld/svinn. I analysen ses att en enskild händelse inom avdelning särskilt boende står för ett stort antal avvikelserregistreringar i stöld/svinn. Dock är systemet för inrapportering missvisande då posten registreras av medarbetare innan händelsen är utredd. Så det som rapporterats in som ett svinn kan i själva verket vara att en borttappad tablett hittas på golvet eller att en misstänkt stöld varit en felräkning. Även om posten stöld/svinn har störst ökning, är det fortfarande en någorlunda liten del av det totala antalet läkemedelsavvikelser. Fortsatt analys behöver göras, men en faktor som kan påverka är att medarbetare fortfarande är osäkra på förfarandet av förbrukningsjournal och kontrollräkning av narkotika i systemet MCSS. Utbildningsinsatser är genomförda och planeras även till kommande år.

Liksom som föregående år är det "ej given dos" i läkemedelsavvikelseerna som utmärker sig, med 67% av det totala antalet. Jämfört med föregående år var siffran 70%.

Det har varit intressant att följa statistiken avseende läkemedelsavvikelser, då införandet av MCSS inledningsvis medförde att antalet avvikelser sjönk, framför allt "ej given dos". Eftersom systemet ger ökad möjlighet att upptäcka brister i utförande, såsom när insatser signeras för sent, kan det dock i stället ses en ökning av vissa andra läkemedelsavvikelser.

Avvikelser gällande medicintekniska produkter skrivs vanligtvis av legitimerad personal som uppmärksammar att hjälpmedel inte används på korrekt sätt eller att fel hjälpmedel används hos patienter. Det är dock mycket sällan patienter kommer till skada. Den vanligaste åtgärden är att i direkt anslutning till händelsen samla berörd personal och beskriva risken med hjälpmedel som används på ett sätt som inte är förskrivet. Därefter behöver genomgången även repeteras på teamträff och kvalitetsråd för att ge effekt.

Inom avvikelser i omvårdnad ses en ökning för vårdrelaterade infektioner. Medicinskt ansvariga har under året utrett påvisade spridningar av MRSA. Majoriteten av registreringarna är dock att ordination

från sjuksköterska inte är utförd eller följd korrekt, exempelvis av- och påtagning av stödstrumpor, smörjning av hud samt vändning enligt vändschema.

Registrerade avvikelser inom området rehabilitering är till största delen upprättade då utskrivningsprocessen från slutenvården inte fungerat. Exempel på detta kan vara otydliga ordinationer för träning eller ortosbehandling, missvisande information kring hjälpmedelsbehov samt oklar ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare.

Samverkan vid utskrivning (SVU) innefattas bland annat av bristande informationsöverföring mellan slutenvård och kommun eller brist i planering, detta innefattar även SIP. Liknande parametrar finns även inom posten intern vårdplanering men avser då den planering som sker inom förvaltningens egna verksamheter.

Av de avvikelser som registrerats som synpunkter är brister i bemötande och information vanligast. Det är både patient, anhörig och personal som registrerat synpunkter och vanligt förekommande beskrivningar är att omvårdnadspersonal upplevt otillräckligt stöd i eller mellan utförda insatser i dialog med legitimerad personal, att patient eller anhörig känt oro som inte bemötts, samt att information har saknats till patient/anhörig eller inte kommit fram till rätt person. Det är även här ärenden från Patientnämnden registreras. Medicinskt ansvariga har märkt en ökning av inkomna ärenden via Patientnämnden.

Det har identifierats vid ett antal utredningar att det finns bristande kunskap avseende rapportering av trycksår samt vårdrelaterade infektioner. Effekten av att inte ha kunskap när man som vårdpersonal ska rapportera avvikelser kan innebära att det blir svårare att identifiera de risker som finns i verksamheten samt att undanröja risker så att händelsen inte upprepas. Det har i verksamheterna informerats ut att vårdpersonalen har en skyldighet att rapportera avvikelser samt tydliggjorts vad som är vårdskada, negativ händelse eller en händelse som kunde ha inneburit en vårdskada. Med anledning av bland annat dessa fynd, konstaterar medicinskt ansvariga att det behövs upprättas en tydligare struktur för ytterligare analyser av avvikelser på en aggregerad nivå, även tvärs över avdelningarna.

Inrapporterade fall utan brister i vården för 2021 var 9783. För år 2022 sänktes antalet till 8797. Att följa fallstatistiken är som mest effektivt i de enskilda verksamheterna, då medarbetare och chefer har direkt kännedom om både omgivningsfaktorer och de patienter som bor där. När statistiken granskas på en förvaltningsövergripande nivå kan den bara ge ungefärlig fingervisning. Exempelvis kan antalet patienter som finns i verksamheterna ställas i relation till antalet fallavvikelser. Under året har fler särskilda boenden höjt följsamheten till att registrera fallrisk i Senior Alert, men om detta haft direkt påverkan på fallstatistiken går inte att utläsa.

Klagomål och synpunkter

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

Att ta emot synpunkter och klagomål är ett sätt att förbättra och utveckla verksamheten. Förvaltningens mål är att snabbt handlägga synpunkterna och rätta till eventuella fel.

Patienter och närstående som inte är nöjda med den vård eller omsorg patienten har fått ska i första hand lämna sina synpunkter eller klagomål till den verksamhet som ansvarat för vården. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. Synpunkter och klagomål kan inkomma på flera olika sätt tex genom samtal med patienter eller närstående, brev, mail till verksamheterna eller via Malmö stads hemsida men också, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg. De flesta synpunkter som inkommit till förvaltningen har rört bristande information där anhöriga upplever att de inte fått tillräcklig information samt brister i bemötande. Identifierade brister har lett till åtgärder såsom ökat anhörigstöd, utbildning genom anhörigkonsulenter med fokus på bemötande, samt tydliggörande av informationsöverföring med hjälp av SBAR. Synpunkter läggs in i befintligt avvikelssystem och följer samma process i orsaksutredning och åtgärder som övriga avvikelser.

Patientnämnden överlämnar årligen en samlad tabell över de ärenden som inkommit till förvaltningen. Av inkomna ärenden har 8 yttranden skickats tillbaka till nämnden. Merparten rör vård och behandling. Att dra generella slutsatser kring bakomliggande orsaker är svårt eftersom varje ärende är unikt utifrån synpunktslämnarens upplevelse av en situation. Däremot kan övergripande brister identifieras, exempelvis inom vård och behandling såsom sårvård.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Att arbeta patientsäkert i framtiden

Den största aktiviteten under 2022 är att samtliga brukarnära verksamheter på förvaltningen har kartlagt sina åtaganden och beroenden för att säkerställa vilka viktiga åtaganden som behöver ett beredskapsfokus. Detta har genomförts avdelningsvis.

Fokus under 2022 har färgats av ett osäkert omvärldsläge där staden gemensamt påskyndat arbetet kring våra risk och sårbarhetsanalyser för att effektivt kunna skapa perspektivförståelse och fokusområden där vi kan vara ett stöd till varandra. Frågor kring avbrott eller bortfall av viktig infrastruktur så som elektronisk kommunikation, dricksvatten och el har varit i fokus under hela året och resulterat i stora framsteg inte bara i vår resiliens utan handlingskraftigt kring förvaltningens kontinuitetsplanering.

Övningar kring dricksvattenbortfall har utförts tillsammans med berörda myndigheter och förvaltningar under ledning av stadskontoret. Under övningen framstod klara lösningar i hur kontinuitetsplanerna i förvaltningen kan utformas och det har även resulterat i ett löpande samarbete med VA-syd för stadsövergripande planering kring nödvatten.

Kontinuitetsplaner inom olika områden har skapats till berörda avdelningar men kommer löpande fortsätta utvecklas och förbättras under 2023 utefter att avdelningar hittar förbättringspunkter och/eller brister.

En rutin för aktivering av förvaltningens evakueringslokal har etablerats under 2022. Rutinen kommer övas under 2023 och lokalen kommer stärkas med planer och materiell som ökar dess lämplighet som evakueringslokal.

TERMA konceptet (Terapeutiskt Möte med Aggression) har införts under 2022 i syfte att trygga brukare och patienter med en verksamhetsnära utveckling av det lågaffektiva bemötandet. Ett fåtal utbildade TERMA instruktörer inom särskilt boende har visat gott resultat och trygghet för hela sin enhet under det gångna året. Nya instruktörer kommer utbildas under februari 2023

Krisledningsplanen är omgjord under 2022 för att passa en modern hantering av oönskade händelser. Planen är reviderad utifrån de lärdomar förvaltningen och staden tagit med sig från pandemihanteringen. Detta gör att hantering och organisering ser liknande ut mellan förvaltningar.

HVOF lyfts och prioriteras ofta i hanteringen kring flertalet scenario som kan drabba staden negativt då förvaltningen har en betydande del av stadens tidskritiska åtaganden kopplat till sig, exempelvis medicinteknisk utrustning.

Förvaltningen har under året startat ett metodrum för övning av olika vårdmoment. I dagsläget är metodrummet främst till för förvaltningens sjuksköterskor där träning av såväl akuta som ej akuta vårdmoment kan utföras på olika vårddockor. Där finns även träningsmodeller som kan lånas ut till de olika sektionerna.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Respektive avdelning i förvaltningen planerar egna mål och strategier utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. Det som framkommer i Kvalitetsuppföljningsmodellen utifrån kvalitetsråd och kvalitetsdialoger ger indikationer på vad medarbetare lyfter som viktiga framgångar och även förbättringsområden. Medicinska ansvariga i förvaltningen tar del av planeringen.

Utöver 2022 års planer, aktiviteter och aktuella händelser inom avdelningarna, uppmärksammar medicinskt ansvariga följande områden som viktiga att arbeta vidare med och följa upp, fördelat på de fyra fokusområdena:

Engagerad ledning och styrning

- Verktyg för patientsäkerhet. Uppföljning av pilotprojektet blir grund till beslut för förvaltningsledningen, om och hur detta verktyg blir till gagn för verksamheternas patientsäkerhetsarbete.
- Under 2021 genomförde IVO en första del av nationell tillsyn på särskilt boende, genom granskning och dataanalyser av journaler från särskilt boende. I den fortsatta tillsynen kommer IVO under 2023 att genomföra inspektion. Främst sker granskningen inom dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens. Förbättringsområden kommer identifieras och hanteras vidare.

En god säkerhetskultur

- Analys av avvikelser. Utöver att det finns en insamling av avvikelser och analys av dessa i respektive kvalitetsråd, behöver även medicinskt ansvariga strukturera en mer aggregerad analys som sträcker sig över samtliga avdelningar.
- Trycksår. Under året sågs en ökning av förekommande trycksår i förvaltningen. Orsaker är analyserade och strategier för att höja kvaliteten i det förebyggande arbetet har påbörjats och kommer fortsätta.

Adekvat kunskap och kompetens

- Handlingsplan fallförebyggande arbete. Genom spridning av materialet under 2023, samt genomförande av aktiviteter inom ämnet, kommer fall och fallförebyggande arbete belysas. Ambitionen är att medarbetare i verksamheterna ska känna sig stärkta i kompetens och de Malmöbor som kommer i kontakt med verksamheterna ska uppleva ett förebyggande arbete av god kvalitet med stöd i aktuell forskning på området.
- Förstärkt handledning. Ett fortlöpande utvecklingsområde för att främja teamsamverkan och den tvärprofessionella expertisen. Tillsammans med andra utbildningsinsatser anses detta vara en effektiv strategi för att skapa en fördjupad långsiktig kompetens.
- Förvaltningens kostenhet kommer arbeta vidare med att sprida kunskap genom dietister, nutritionsnätverk och måltidsombud.

Patienten som medskapare

- Det är fortsatt av största vikt att förvaltningen erbjuder en vård där patient och i förekommande fall anhöriga tillåts vara delaktiga i planering och genomförande av insatser. Genom återkommande reflektioner kring rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerad vård, samt utbildningsinsatser inom anhörigstöd, förbättras förutsättningarna för patienter att vara medskapare i sin vård.