

# Patientsäkerhetsberättelse

## För Vård- och omsorgsnämnden

### Flens kommun

### 2023



## Inledning

Den nationella mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelse och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*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"

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet.....	9
Strålskydd .....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Nära Vård – en organisatorisk omställning.....	12
Egenkontroll .....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	14
Avvikelse .....	14
Externa avvikelser – statistik.....	15
Avvikelse mellan Flens kommun – Region Sörmland Slutenvård.....	15
Analys .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
Kvalitetsregister.....	17
Senior Alert.....	17
Svenska palliativregistret .....	18
BPSD .....	19
Svenska HALT.....	19
Övrigt.....	19
Extern granskning.....	19
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.....	19
Extern kvalitetsgranskning av hygiensjuksköterskor .....	20
Klagomål och synpunkter – .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	20

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	21
Bilaga 1 .....	23
Begreppsförklaring för lokal struktur .....	23
Bilaga 2 .....	24
Organisation och ansvar .....	24
Bilaga 3 .....	26
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	26

*Begreppsförklaring för förkortningar som förekommer i Patientsäkerhetsberättelsen.*

<b>BHK</b>	Basal hygien och klädregler	<b>PSB</b>	Patientsäkerhetsberättelse
<b>EC</b>	Enhetschef	<b>PSR</b>	Patientsäkerhetsrapport
<b>HSL</b>	Hälso- och sjukvård	<b>SKR</b>	Sveriges kommuner och regioner
<b>H.O</b>	Hygienombud	<b>SSK</b>	Sjuksköterska
<b>L.P</b>	Legitimerad personal	<b>UK</b>	Utskrivningsklar
<b>MTP</b>	Medicintekniska produkter		
<b>NPÖ</b>	Nationell patientöversikt		
<b>PPM</b>	Punktprevalensmätning SKR		

## **SAMMANFATTNING**

Under 2023 har samhället i stort återgått till den vardag som var innan pandemin kopplat till restriktioner som dragits tillbaka. Förvaltningens verksamheter har fortsatt påverkats och haft restriktioner kvar utifrån gällande hälso- och sjukvårdsdirektiv. Mycket tid för hälso- och sjukvårdspersonal har fortsatt gått till pandemiarbete exempelvis vaccinering. Utifrån pandemin som pågått under flera år har kvalitetsarbetet påverkats, under 2023 har förvaltningen arbetat med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra medborgare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet under 2023.

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- Framtagande av ny struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Framtagande av handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Framtagande av egenkontrollplan
- Framtagande av årshjul för patientsäkerhet
- Införande av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Införande av rådgivningsstöd för legitimerade sjuksköterskor
- Infört nytt verksamhetssystem för hantering av avvikelser

### **En blick framåt**

En stor farhåga är att SKR har avslutat sitt arbete med patientsäkerhet, inklusive de dokument som funnits. Patientsäkerheten är nu uppdelad på flera olika instanser och risk finns att arbetet nationellt inte kommer att drivas framåt på samma sätt som tidigare. På lokal nivå är förväntningen att den framtagna strukturen och den beslutade handlingsplanen för patientsäkerhet kommer att stärka det framtida arbetet inom området.

Ett annat orosmoment framöver är att den nationella mätningen av BHK (basala hygienrutiner och klädregler) inom hygienområdet, som tidigare drivits av SKR, är nedlagd från januari 2024. I samband med detta stängde man även databasen där mätningarna utförts. Detta innebär att det kommer att bli något svårare att genomföra mätningar för BHK och det kommer heller inte att bli möjligt att ta fram någon ny statistik efter 2023. Ingen information har utgått om det kommer att bli en ny databas framtagen.

Under 2024 kommer det huvudsakliga patientsäkerhetsarbetet att bestå av implementering av den nya lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt den beslutade egenkontrollplanen.

Under 2024 kommer även en handlingsplan för det Palliativa arbetet i kommunen att tas fram och implementeras.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 (se sid 2 för en helhetsbild).

Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva alltmer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård, omställningen till nära vård samt en demografisk utveckling med en ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen är alla faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Systematiskt patientsäkerhetsarbete

För att vården ska bli säkrare behövs uppföljning, utvärdering och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Under 2023 har fokus varit att ta fram en struktur, se bild nedan. Eftersom det tidigare saknats en struktur för det lokala patientsäkerhetsarbetet, har arbetet varit omfattande. Det har även inneburit god samverkan med patientsäkerhetsansvarig i en grannkommun vilket också har lett till en kvalitetssäkring av arbetet.

I arbetet har det ingått:

- Strukturen i sin helhet (se bild nedan)
- Genomlysning av patientsäkerheten i socialförvaltningens verksamheter
- Omfattande revidering av egenkontrollplan för patientsäkerhet
- Framtagande av årshjul (övergripande patientsäkerhet, legitimerade sjuksköterskor och legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster samt omsorgspersonal?).
- Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet.



*För begreppsförklaring av strukturbild, se bilaga 1*

Helhetsstrukturen samt den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är starten på det systematiska arbetet. Nästa steg är implementering av handlingsplanen med uppstart vår 2024, detta för att få en ökad delaktighet från verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Efter implementering kommer arbetet att fokusera på uppföljning och analys samt att skapa de dokument som handlingsplanens analysarbete påvisade behov av. Det innebär att redovisningar av vissa egenkontroller kommer att utföras när dessa dokument och mallar är framtagna.

## 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.

I analysarbetet har det framkommit att ansvarsfördelningen gällande säker vård behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra detta finns ett behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner.



### Övergripande mål och strategier

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

Flens kommun har haft en strategisk plan för åren 2020–2023 med övergripande mål som Socialförvaltningens arbete utgår ifrån. I den strategiska planen fanns inga specifikt riktade mål mot hälso- och sjukvård utan verksamheterna har arbetat utifrån de övergripande målen.

I sammanfattningen för patientsäkerhetsberättelsen för 2022 beskrevs ”i en blick framåt” de mål som verksamheten beslutat att fokusera på under 2023. På nästa sida följer en tabell som beskriver hur arbetet med dessa mål har fortgått under året.

Område	Status	Analys
Framtagande av lokal handlingsplan för patientsäkerhet utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan		Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet är färdigställd och beslutad i nämnd.
SKR:s verktyg för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete		Analysverktyget användes vid framtagandet av nulägesbeskrivningar som ligger till grund för de åtgärder som prioriterades i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.
Dokumentation i patientjournal		Kollegial journalgranskning har genomförts av samtlig legitimerad personal i utbildningssyfte. Journalgranskningen gav en del insikter som har arbetas med under året. Den planerade Journalgranskningen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har inte kunnat genomföras under 2023 på grund av tidsbrist men planeras att återupptas under 2024.
Öka antalet egenkontroller		En egenkontrollplan är framtagen under 2023 och implementering av denna i verksamheterna kommer att ske under vintern/våren 2024 (legitimerad personal).
Säkerställa att de avvikelser som rapporteras blir utredda samt att åtgärder sätts in för att undvika att liknande händelser inträffar igen		Nytt digitalt system för hantering av avvikelserapportering infördes i april 2023. Utbildning i avvikelshantering har skett av samtlig personal som hanterar avvikelser (enhetschefer samt legitimerad personal) inom ÄO och BUV. Uppföljning har skett under året samt att utbildning har skett i hantering av statistik för att hjälpa cheferna att få en översikt över sina avvikelser och vilka områden som behöver prioriteras.
Helt färdigställa Kvalitetsledningssystem (KLS) med processer och rutiner		Utifrån att arbetet med framtagande av en handlingsplan för ökad patientsäkerhet prioriterades, har detta arbete fått stå tillbaka under 2023. Fortsatt arbete med strukturen av KLS samt de rutiner som saknas för hälso- och sjukvård kommer därför att ske under 2024.
Fortsätta ett strukturerat arbetssätt med kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativregistret samt BPSD registret) och öka antalet registreringar och uppföljningar		Området ingår i den nya handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och kommer att arbetas med utifrån fastställd egenkontrollplan.
Öka antalet Teammöten		Arbetet med att öka antalet Teammöten i verksamheten pågår men har ännu inte kunnat genomföras i samtliga verksamheter främst för att mötestid har reducerats för att kunna effektivisera verksamheterna. Arbetet fortgår under 2024.
Revidering av lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument		Arbetet kommer att genomföras av Flens kommuns demenssjuksköterska i samverkan med MAS. Påbörjas under 2024.

Förklaring lägesrapport:



= Klart,



= pågående



= ej påbörjat



## **Organisation och ansvar**

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

Den interna organisationen för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i den kommunala verksamheten beskrivs i bilaga 2.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan mellan huvudmän och vårdgivare är av stor vikt för att kunna säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar. En mer detaljerad beskrivning av samverkan återfinns i bilaga 3.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför inhämtas alltid samtycke om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

## **Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet**

Som vårdgivare ska Flens kommun utföra slumpmässiga kontinuerliga loggkontroller i de patientbundna verksamhetssystem som används, för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller görs för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har vårdrelation till samt att kontrollera att samtycke finns. Inga upptäckta intrång har skett under året.

## **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheter som bedrivs i Flens kommun har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. I förvaltningen finns det behov av stöd för arbetet med säkerhetskultur. Idag förekommer arbete på enhetsnivå i varierande grad. En systematik och enighet behöver därför tas fram.

I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet för avvikelshantering utbildades samtlig vårdpersonal i rapportering av avvikelser. Efter denna utbildningsinsats har det skett en kraftig ökning av avvikelser vilket i detta läge kan ses som en positiv utveckling då personal i större utsträckning än tidigare är benägna att rapportera avvikelser som har inträffat i verksamheterna.

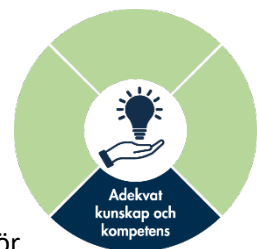


## Adekvat kunskap och kompetens

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 förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.

Det som har skett under 2023 är följande:

- En introduktionsutbildning för vikarier inom vård- och omsorg färdigställdes och har använts framförallt inom bemanningsenheten sedan första halvåret av 2023.
- Det planerade Traineeprogrammet för sjuksköterskor har tagits i bruk och en nytutexaminerad sjuksköterska har anställts som trainee med fokus på vård inom särskilt boende för äldre och funktionsnedsättningsområdet.
- Mobilapplikationen "Evig" har introducerats inom samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård. Arbetet med applikationen har dock gått mer långsamt än planerat på grund av otillräckliga personalresurser under året, främst hos legitimerad personal.
- Som stöd för legitimerade sjuksköterskor har Rådgivningsstödet Webb introducerats i verksamheten under året. Rådgivningsstödet används idag på vårdcentraler samt på patientrådgivning 1177 och beräknas kunna ge ett utökat stöd för legitimerade sjuksköterskor i bedömning av patienters hälsotillstånd.
- Flens kommun tecknade under våren 2021 ett avtal med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om att ingå i "Yrkesresan - en satsning på kompetensutveckling". Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling i socialtjänsten via SKR. Projektet pågår mellan 2021–2027 och totalt ska fem yrkesresor produceras för olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.



## 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 ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och anhöriga/närstående. På Särskilt boende (SÄBO) är målet att hålla ankomstsamtal inom 3 veckor efter inflyttning. På dessa samtal inbjuds vårdtagare och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden. Brukarråd eller anhörigträffar regelbundet för att på så sätt kunna få ta del av brukares och anhörigas förslag och synpunkter som kan bidra till utvecklingen av verksamheten.

Inom hemsjukvård så har det under året arbetats utifrån de nya rutinerna för inskrivning där patient och anhöriga är mer delaktiga i utformandet av den vård som ges.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

## Nära Vård – en organisatorisk omställning

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. Det kommer att krävas en hälso- och sjukvård som är flexibel och som kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Detta leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen, Södermanlands Län har ett projekt för att samverka i arbetet som drivs av Läns gemensamt regionalt stöd som projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal för informationsflöde. Under 2022 har länets samtliga huvudmän beslutat om en målbild för Nära Vård som sträcker sig till 2035, samt fokusområden från 2023–2027.

Flertalet aktiviteter (som ägs av Region och Kommuner tillsammans) är pågående, exempelvis revidering av utskrivningsprocess och rutiner för att anpassas till omställningen. Varje Kommun har representanter i dessa arbetsgrupper. Kommunen behöver arbeta vidare med Nära Vård på lokalnivå. På sikt kommer Nära Vård genomsyra flertalet av våra verksamheter och det kommer krävas en större omställning gällande vård och omvårdnad för att kunna möta framtida behov. Hur och på vilket sätt, det är där projektet ska vara ett stöd. Under 2023 har vi haft flertalet pågående aktiviteter, förvaltningen är aktiv i omställningen till Nära Vård. Såväl internt som externt driver Flens kommun dessa frågor framåt, med fortsatt arbete och implementering av både omställning och kopplade aktiviteter under 2024.

## Egenkontroll

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

Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.

Egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer är en del i det systematiska arbetet med att uppnå en god och säker vård utifrån Socialstyrelsens rekommendationer.

Det har tidigare i förvaltningen funnits en internkontrollplan för hälso- och sjukvård/patientsäkerhet. Den tidigare planen var enbart ett verksamhetsdokument på enhetsnivå och det saknades ett arbete på övergripande nivå i förvaltningen. I den tidigare egenkontrollplanen var det även ottydligt vem som skulle utföra kontrollmoment, vem som var ansvarig, när det skulle ske och varför.

Den reviderade egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer ingår nu i strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se bild sid 6). Egenkontrollplanen har nu en detaljeringsgrad som gör att tidigare brister blir åtgärdade gällande det systematiska arbetet. En framtida utmaning är att implementera egenkontrollplanen i verksamheterna på enhetsnivå, så att det systematiska arbetet med patientsäkerhet blir en del av det dagliga arbetet.



Egenkontrollerna utgår från de 5 framtagna fokusområdena (se ovan). Utifrån lokal handlingsplan, nationell handlingsplan, struktur för patientsäkerhetsberättelse samt analysverktyg, behöver alla fokusområden ingå i förvaltningens egenkontrollplan för patientsäkerhet. Egenkontroll ska på ett strukturerat sätt redogöra för kvalitets- och effektmått.

Nedan visas en tabell över aktuella egenkontroller för 2024

Fokusområde	Egenkontroll
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (PSL) – sammanställning av data ur avvikesystem (redovisas i PSR 1+2 samt i PSB)
Tillförlitliga och säkra system och processer	Granskning delegering – datainsamling utifrån granskningsmall (redovisas ej 2023 då mall inte är framtagna ännu) Narkotikakontroll – granskning av förbrukningsjournal (intern) Kontroll av samtycke till NPÖ (intern)
Säker vård här och nu	Extern hygienrond (intern) Extern läkemedelsgranskning samt uppföljning (intern)
Stärkt analys lärande och utveckling	PPM mätning av Basala hygienrutiner och klädregler (redovisas i PSR 1) Svenska HALT (redovisas i PSR 2 året därpå) Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal (intern) Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsjournal (intern) Rapport från kvalitetsregister (redovisas i PSR 1+2 samt i PSB) Patientens klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård (redovisas i PSB)
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Andel rapporterade risker kopplat till patientsäkerhet (internt) Andel genomförda riskanalyser (redovisas ej 2023 då mall inte är framtagna ännu)

## 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. I förvaltningen finns ett fungerande digitalt stöd för avvikelshantering, systemet används idag i samtliga verksamheter. Utvecklingsområde är att öka kvaliteten på utredningar samt att säkerställa kunskap och kompetens inom området hos chefer och medarbetare.



### Har vården varit säker

En händelse har under 2023 utretts av MAS/MAR gällande risk för allvarlig vårdskada. Efter utredning av händelsen konstaterades att ansvaret för bristerna låg hos ansvarig läkare varför en avvikelse upprättades och skickades till ansvarig verksamhetschef för aktuell Vårdcentral som utredde händelsen vidare.

### Avvikelser

Avvikelser rapporteras sedan april 2023 i verksamhetssystemet DF Respons. I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet för avvikelshantering skedde en utbildningsinsats för samtlig vårdpersonal i rapportering av avvikelser samt hur avvikelser utreds för legitimerad personal och enhetschefer.

Efter införandet av det nya avvikelshanteringssystemet samt denna utbildningsinsats har det skett en kraftig ökning av avvikelser, vilket i detta läge kan ses som en positiv utveckling då personal i större utsträckning än tidigare är benägna att rapportera avvikelser som har inträffat i verksamheterna. Nedan följer en redovisning av uppnådda mål.

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

	Jan-december 2023 (antal)	Andel utredda och avslutade	Jan-december 2022 (antal)
<b>Delmål:</b> Öka antalet utredda avvikelser/rapporter enligt PSL till minst 90 %			
Läkemedel	456	91,9%	243
Fall	834	89,7%	184
Ordinerad hälso- och sjukvårdsinsats	69	82%	26
Hjälpmiddel, teknik och /eller fysisk miljö	46	82,6%	3
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	--	--	--

Brister i arbetsrutiner, organisation eller samarbete inom HSL	34	82,4%	17
--	----	-------	----

#### Analys:

Efter att nytt verksamhetssystem för rapportering och utredning av avvikelser inom förvaltningen togs i bruk i början av april 2023 har andelen rapporterade och utredda avvikelser ökat markant. Efter 8 månaders användning ses att andelen utredda och avslutade avvikelser nästan har uppnått målet för 2023, men fortfarande finns förbättringar att göra i verksamheterna. En orsak till att utredningsmålet inte helt uppnåtts kan troligen härledas dels till mängden avvikelser som har inkommit under 2023 samt de resursbrister inom framförallt för legitimerad personal som har funnits under 2023. Inför 2024 ser resurssituationen något bättre ut och under 2024 finns planer på att fortsätta arbetet med att öka kunskapen om utredningsförfarandet hos enhetschefer och legitimerad personal för att ytterligare stötta i utredningsförfarandet. Målet är att med bättre kunskap om utredningar och insättandet av rätt åtgärder kunna minska antalet avvikelser i verksamheterna.

Fallavvikelser är fortfarande den vanligaste hälso- och sjukvårdsavvikelsen inom Socialförvaltningen. Det fanns dock en misstanke om underrapportering av fallavvikelser innan det nya systemet togs i bruk varför den stora ökningen som skett sedan föregående år inte behöver betyda att det är fler personer som fallit under året. Av de personer som haft en fallolycka har 3 personer fått en höftfraktur och 9 personer annan fraktur, totalt 1,4% av fallolyckorna. Det fallförebyggande arbetet pågår ständigt inom verksamheterna men behöver stärkas ytterligare under 2024 för att minska risken för att personer faller.

Inom läkemedelshantering så är det fortfarande uteblivet läkemedel som är den vanligaste avvikelsoorsaken. För att komma tillrätta med det problemet med uteblivet läkemedel så har ett nytt verksamhetssystem för digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter införts, Alfa Signit. I omvårdnadspersonalens applikation finns det en påminnelsefunktion för uteblivna signeringar, vilket förväntas ge en ökad följsamhet till att utföra ordinationer och därigenom en minskad risk för att läkemedel glöms bort att ges.

#### Externa avvikelser – statistik

Externa avvikelser mellan olika huvudmän och vårdgivare hanteras idag på pappersblanketter då inget gemensamt avvikelssystem finns. Utgående avvikelser från Flens kommun till annan vårdgivare skickas direkt till ansvarig vårdenhetschef. Inkommande avvikelser till Flens kommun från annan vårdgivare skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska som förmedlar avvikelser till rätt ansvarig enhetschef i kommunen för utredning, insättning av ev åtgärder samt besvarande till den enhet som skickat avvikelserna.

#### Avvikelser mellan Flens kommun – Region Sörmland Slutenvård

Under 2023 har totalt 21 avvikelser inkommit till Flens kommun från annan vårdgivare (Region Sörmland). Av dessa är det 8 stycken som berör hälso- och sjukvård, övriga berör socialtjänstens insatser (främst väntetider till korttidsplats). Av de 8 avvikelserna inom HSL kommer 4 st från slutenvården och 4 st från primärvården. Samtliga av dessa avvikelser är besvarade från Flens kommun.

37 utgående avvikelser har skickats från Flens kommun till annan vårdgivare (Region Sörmland, Apotekstjänst samt Oral Care). Av dessa berör 19 st slutenvården, 14 st primärvården, 1 Apotekstjänst samt 1 Oral Care. Endast 10 av avvikelserna är besvarade till Flens kommun.

En utgående avvikelse från Flens kommun gällande utebliven dokumentation i patientjournal var av allvarigare grad och resulterade efter Regionens utredning i en lex Maria anmälan.

Det finns en misstanke om en underrapportering av avvikelser från kommunens verksamheter till Region Sörmland. Ett annat problem är att de avvikelser som skickats sällan blir besvarade av Region Sörmland varför avvikelserna fortsätter. Problemet är påtalat i närvårdssamverkan.

## Analys

Det har under 2023 varit något fler inkommande avvikelser och något färre utgående avvikelser. Då de avvikelser som berör HSL är av ganska olika karaktär är det svårt att dra några slutsatser. Men det som kan läsas ut är att många avvikelser handlar om samverkan med läkare på vårdcentral eller brister i informationsöverföring både från och till kommunens verksamheter till Regionens slutenvård.

Ett nytt informationsöverföringssystem kommer att tas i bruk under 2024 och nya processer och checklistor för utskrivning från slutenvård har tagits fram gemensamt mellan Region Sörmland och länets 9 kommuner. Förväntan är att de nya tydligare processerna och det nya systemet ska underlätta informationsöverföring samt minska antalet felaktiga utskrivningar.

Gällande samverkan med läkare på vårdcentraler så följs läkarmedverkansavtalet upp regelbundet 2 gånger/år. Vid dess uppföljningar diskuteras samverkansproblem och ev. avvikelser mellan verksamheterna följs upp och åtgärdas.

För att underlätta avvikelshantering mellan vårdgivare har en ny intern rutin tagits fram under 2023, både för att skicka en rapport men även för att besvara rapport från annan vårdgivare. Under 2024 kommer även en ny blankett att tas fram för rapportering av avvikelser till Region Sörmland. Denna blankett kommer att vara gemensam för alla länets kommuner.

## 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. Arbete pågår i förvaltningen med att ta fram tydliga strukturer för en patientsäker vård. Det pågår även nationellt arbete med nya styrande dokument. Grunden till det lokala arbetet är den framtagna strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se sid 6). Detta område är något som behöver utvecklas under kommande år.

Granskning delegering – Datainsamling utifrån granskningsmall (redovisas inte 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024



## 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. I förvaltningen har det tidigare varit otydligt och saknats underlag för att kunna arbeta med säker vård här och nu på ett strukturerat sätt. Arbete har påbörjats under 2022 och behöver fortsätta att utvecklas för att uppnå huvudmålsättningen med en god och säker vård.

Läkemedelsgranskning – att den har genomförts enligt plan samt att ny upphandling kommer att göras 2024.





Säker vård här och nu innehåller enbart interna egenkontroller. För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024

## Riskhantering

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

Arbete med att ta fram ett hållbart arbetssätt för riskhantering och patientsäkerhet har påbörjats och kommer fortsätta under 2024. Det är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser motverkar att avvikelser inträffar, och skulle kunna nyttjas i en högre grad än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet inom samtliga verksamheter behöver tas fram under 2024 och återfinns i aktuell handlingsplan.

## 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.

Det finns ett pågående arbete i förvaltningen som behöver utvecklas gällande systematiskt förbättringsarbete. Utvecklingsområdena finns främst inom analys av resultat där åtgärder och lärdomar behöver återkopplas i större utsträckning än idag.



## Kvalitetsregister

Kvalitetsindikatorer ingår i egenkontrollmomenten och återfinns i egenkontrollplan samt i årshjulets kalendarium. Valda indikatorer ingår i de nationella rekommendationerna och följs för att kunna mäta brister och förbättringar på ett adekvat sätt. För att resultat ska uppnå evidens ska en indikator kunna mätas på lokal, regional och nationell nivå med mätbara mål, ex procentsats, där effektmått lätt kan tas ut.

### Senior Alert

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion (i urinblåsan). Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Kvalitetsindikator	Nuläge 2023 jan-dec		Målvärde 2023		Resultat 2022	
	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk
Område						
Trycksår	96%	69%	100%	75%	100%	69%
Undernäring	96%	71%	100%	75%	100%	68%
Fall	95%	70%	100%	80%	100%	73%

Munhälsa	87%	64%	100%	50%	0%	0%
----------	-----	-----	------	-----	----	----

**Analys:**

Andelen unika personer i registret var under 2023, 146 individer. Detta är en ökning med nästan 50 % från föregående år vilket visar att antalet patienter som erbjuds en riskbedömning har ökat. Det har under året pågått ett aktivt arbete i verksamheterna med att öka andelen individer som får en riskbedömning, vilket således har gett resultat.

Det är fortfarande så att den största andelen av personer som riskbedömts bor på SÄBO men en liten ökning kan ses av riskbedömningar på personer som bor i ordinärt boende och har hemsjukvård.

Andelen åtgärdsplaner vid risk har minskat något inom samtliga områden förutom munhälsa där det skett en markant ökning till 87% (2022 fanns inga riskbedömningar alls inom området). Den minskning som observerats kan bero på den resursbrist som varit för legitimerad personal under 2023. Ett arbete med att öka andelen teammöten för att kunna ha ett gemensamt riskförebyggande arbete i verksamheterna bör ske under 2024.

### Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Kvalitetsindikator	Nuläge 2023 jan-dec	Målvärde 2023	Resultat 2022
Dok. brytpunktssamtal	47,1%	70%	60,0%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	91,2%	100%	80,0%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	88,2%	100%	80,0%
Smärtskattats sista levnadsveckan	58,8%	75%	23,3%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,1%	75%	37%
Utan trycksår (kat. 2-4)	88,2%	90%	86,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	76,5%	85%	80,0%

#### Analys:

Andelen individer som registrerats i palliativregistret är fortsatt lågt men har ökat något under 2023. Totalt har 34 personer registrerats, huvudsakligen personer som bott på SÄBO (30 st 2022). Ett fortsatt arbete för att öka registreringen behöver göras under 2024 vilket också ingår i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.

När det gäller kvalitetsindikatorerna har samtliga områden ökat förutom dokumenterade brytpunktssamtal vilket har sjunkit kraftigt sedan förra året. Problematiken med brytpunktssamtal har uppmärksammats tidigare och ett arbete har pågått inom Region Sörmland under året vilket ännu så länge inte har gett något resultat. De indikatorer som har stigit sedan 2022 är smärtskattning under sista levnadsveckan samt dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan vilket är mycket bra då dessa åtgärder är av stor vikt för en bra Palliativ vård.

Av de kvalitetsindikatorer vars resultat har ökat är det ändå inget av indikatorerna som har uppnått det satta målvärdet för 2023. Detta visar att den palliativa vården behöver få ett tydligare fokus och ett arbete kommer att fortsätta under 2024 då en handlingsplan för palliativ vård kommer att tas fram.

## **BPSD**

I förvaltningen bedriver man även ett aktivt arbete med kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). BPSD ingår idag inte som en kvalitetsindikator utifrån svårigheten att sätta relevanta effektmått, då resultatet idag är på individnivå. Utvecklingen av registret följs och i framtiden kan även BPSD komma att läggas till som indikator.

## **Svenska HALT**

Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Svenska HALT initieras årligen av Folkhälsomyndigheten.

Mätningen genomfördes i kommunen första gången 2022 och deltagande har även skett under 2023. Det nationella resultatet av Svenska HALT presenteras av Folkhälsomyndigheten i juni månad varje år varför Flens kommuns resultat kommer att presenteras i Patientsäkerhetsrapport 2 2024.

## **Övrigt**

Övrig framtida indikator är kvalitetsregister RiksSår. Registret har ännu inte implementerats i förvaltningen, implementering planeras för 2024–2025 utifrån att arbetet med Senior Alert och BPSD behöver implementeras fullt ut i samtliga verksamheter innan ännu ett kvalitetsregister tas i bruk.

När RiksSår är implementerat som ett kvalitetsregister och en indikator har förvaltningen ett strukturerat patientsäkerhetsarbete utifrån de fyra kvalitetsregister som rekommenderas på nationell nivå.

## **Extern granskning**

### **Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek, granskningen skulle ha genomförts i februari men på grund av förseningar från företagets sida så genomfördes granskningarna i november-december. Fokusområdena för detta års kvalitetsgranskning var:

- Läkemedelsleveranser, signeras leveransen?
- Kassation och rutin kring narkotiska läkemedel.
- Batchregistrering av bioteknologiskt läkemedel från förråd.
- Rengöring av dosetter för kontinuerligt bruk.
- Att inga ”bra att ha lådor” förekommer.

Efter granskningarna skickas ett protokoll till ansvarig enhetschef med de förbättringar som behöver genomföras på den aktuella enheten. I sammanställningen av samtliga protokoll, som skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska, framkommer inte att det finns några generella problem på samtliga enheter utan det är varierande saker som behöver åtgärdas på de olika enheterna.

Upphandlingen av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är gemensam för alla Sörmlands 9 kommuner. Då det funnits brister i kvaliteten på granskningarna under senaste upphandlingsperioden med nuvarande aktör kommer en ny gemensam upphandling av granskare att ske under 2024.

### Extern kvalitetsgranskning av hygiensjuksköterskor

Under 2023 har en hygienrond genomförts av hygiensjuksköterskor från Reginen Vårdhygienheten, detta år på en hemtjänstenhet. Det som framkom vid granskningen var att förrådshanteringen och transport av sterila produkter inte var optimal utifrån ett hygienperspektiv och behöver åtgärdas. Det framkom också att det saknades ett ordentligt omklädningsrum för manliga anställda samt att ren tvätt förvarades i öppna hyllor. Ansvarig enhetschef på enheten ansvarar för att åtgärda problemen som framkommit samt återkoppla åtgärderna till Hygiensjuksköterskor vid en uppföljning. Uppföljning har inte kunnat genomföras innan årsskiftet pga sjukdom.

### Klagomål och synpunkter –

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

Förvaltningen har en fortsatt låg andel synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård. Under 2023 har 2 synpunkter gällande hälso- och sjukvård inkommit till vård och omsorgsnämnden. Den ena inkom via patientnämnden och den andra inkom direkt till enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal. Båda synpunkterna har utretts och besvarats till de som inkommit med synpunkten. Ingen av synpunkterna resulterade i en avvikelse.

## 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. Under 2023 har inget övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap utförts inom hälso- och sjukvård. Idag förekommer arbete gällande riskmedvetenhet och beredskap på enhetsnivå i varierande grad. Det övergripande arbetet är något som behöver ses över under kommande år. Dock kan vissa risker ses redan nu gällande den framtida kompetensförsörjningen.

Andel genomförda riskanalyser (redovisas inte för 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Omställning till Nära Vård är omfattande och tar tid, ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar även det tid att bygga upp och utveckla, vi är i början av denna resa och utmaning är att få med alla våra verksamheter i denna omställning.

För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter.

Del i detta är det omfattande strukturarbetet som genomförts för att lägga en god grund, det finns även en av nämnd beslutsfattad *Handlingsplan för ökad patientsäkerhet*, där förutsättningar, prioritering, åtgärder samt mål framgår. Det är utifrån denna handlingsplan strategier för kommande år fortsättningsvis kommer att presenteras ifrån. Redovisning kommer ske löpande i form av patientsäkerhetsrapport till nämnd två gånger årligen.

Nedan följer en schematisk presentation, från handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vad förvaltningen kommer att arbeta med 2024.

Förutsättning	Prioritering	Åtgärd
En god säkerhetskultur	Skapa en grundstruktur för systematiskt säkerhetskulturarbete	Ta fram en förvaltningsövergripande rutin
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Fortsatt utveckling av Kliniskt träningscentrum (KTC )
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka språkförmågan inom våra verksamheter	Strukturerat arbete utifrån Socialstyrelsens framtagna material för språkförmåga, bedömning och utveckling
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
Tillförlitliga och säkra system och processer	Säkerställa verksamhetsutveckling inom systematiskt patientsäkerhetsarbete	Färdigställa kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård
Säker vård här och nu	Säkerställa vården vid kända och okända organisatoriska störningar	Aktivt arbete med riskanalyser (ex inför sommar och jul). Skapa struktur för detta arbete
Stärkt analys lärande och utveckling	Systematiskt förbättringsarbete	Se egenkontrollplan för patientsäkerhet gällande områden med strukturerad åtgärdsplan
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Samverkan utifrån Nära Vård	Samverkan internt, mellan kommuner i länet samt kommun och Region för att förstärka riskmedvetenhet och beredskap på en övergripande nivå med ökad samsyn
Engagerad ledning och tydlig styrning	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för befintliga chefer inom	Träff med enhetschefer en ggr per termin, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden

<b>Förutsättning</b>	<b>Prioritering</b>	<b>Åtgärd</b>
	patientsäkerhet.	
<b>Engagerad ledning och tydlig styrning</b>	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för nämnd inom patientsäkerhet.	Träff med politiker i nämnd en ggr per år, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden
<b>En god säkerhetskultur</b>	Införa vedertagna verktyg för säkerhetskultur	Implementera SKR:s arbetsstruktur "Säkerhetskulturtrappan"
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b>	Skapa utbildningsplan för att stärka adekvat kunskap och kompetens	Ta fram introduktionsutbildningar och årlig utbildningsplan för vårdpersonal och legitimerad personal
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b>	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b>	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul
<b>Patienten som medskapare</b>	Att göra patienter och närstående involverade i den enskildes vård.	Skapa struktur för att öka patientens och närståendes delaktighet i den enskildes vård med stöd av digitalt verksamhetssystem
<b>Patienten som medskapare</b>	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
<b>Ökad kunskap om inträffade vårdskador</b>	Arbeta med att minimera effekter av inträffade händelser	Strukturerade insatser för stöd och återkoppling till patient och berörd medarbetare
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b>	Verka för en patientsäker vård genom att minimera oönskade variationer inom hälso-och sjukvård	Skapa en säker struktur för rutiner och implementering av dessa
<b>Säker vård här och nu</b>	Utveckla intern samverkan för att öka patientsäkerheten	Skapa struktur för intern samverkan
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b>	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b>	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul

## Begreppsförklaring för lokal struktur

Verktyg	Beskrivning
<b>Nationell handlingsplan</b> (Socialstyrelsen)	Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
<b>Lokal handlingsplan</b>	Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ska regioner och kommuner ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.
<b>Utvecklingsplaner</b>	Utvecklingsplaner ägs av enheterna där chef är huvudansvarig. I utvecklingsplanerna skapar enheterna aktiviteter utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen.
<b>Analysverktyg</b> (Socialstyrelsen, NSG patientsäkerhet samt SKR)	För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget samt tidigare års Patientsäkerhetsberättelser ligger till grund för handlingsplanens nulägesbeskrivningar. Analysverktyget kommer fortlöpande att användas i förvaltningen, enligt årshjul.
<b>Egenkontroll/indikatorer</b>	Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.
<b>Årshjul</b>	Årshjulet hör samman med egenkontrollplan, för att skapa en översikt över årets inplanerade kontroller och åtgärder.
<b>Patientsäkerhetsrapport</b>	Erhålls till vårdgivaren två gånger per år (vår och höst) för att främja vårdgivarens preventiva arbete när det kommer till patientsäkerhet.
<b>Patientsäkerhetsberättelse</b>	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 utifrån den lokala handlingsplanen.
<b>Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse</b> (Socialstyrelsen)	Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse finns tillgänglig. Den har samma struktur som den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, likväl som analysverktyg för patientsäkerhet.

## Organisation och ansvar

Roll	Ansvarsområde
Socialnämnden/ Vård- och omsorgsnämnden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nämnden är ansvariga för att ett ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten.</li> <li>Nämnden skall även fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet och kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa.</li> <li>Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.</li> </ul>
Verksamhetschef enligt HSL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer samt för verksamheten fastställda rutiner.</li> <li>I Flens kommun är vissa av ledningsuppgifterna överlämnade till Kvalitetsombud HSL (se nedan).</li> <li>Ingår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård</li> </ul>
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Att patienter får en god, säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</li> <li>Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om</li> <li>Att det finns rutiner för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar detta</li> <li>Ta fram rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL</li> <li>Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355, PDL)</li> <li>Att beslut om att delegera ansvaret för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten</li> <li>Att det finns ändamålsenliga och väl fungerade rutiner för läkemedelshantering</li> <li>Utreda enligt lex Maria vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada</li> <li>Ingår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård</li> </ul>
Enhetschefer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarar för att riktlinjer och rutiner som tagits fram av verksamhetschef samt MAS är väl kända av medarbetare i sin verksamhet</li> <li>Tillsammans med legitimerad personal utreda, ta fram åtgärder samt följa upp insatta åtgärder på händelser som rapporterats enligt Patientsäkerhetslagen.</li> <li>Utbilda personal i hur man rapporterar enligt patientsäkerhetslagen</li> <li>Ingår i ledningsgrupp för respektive avdelning inom socialförvaltningen</li> <li>Enhetschef för legitimerad personal ingår även i ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård</li> </ul>
Kvalitetsombud HSL	<p>De överlämnade ledningsuppgifterna för Kvalitetsombud HSL är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se till, tillsammans med kommunens MAS, att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande författningar.</li> <li>Uppdatera på uppdrag av och med stöd från kommunens MAS behövliga rutiner i enlighet med tillämpliga författningar från Socialstyrelsen.</li> <li>Säkerställa att rutinerna är kända bland personalen och bistå kommunens MAS i kontroll av att personalen följer rutinerna.</li> <li>Tillse att närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd allvarligt försämras.</li> <li>Ingår i samverkansgrupp för kvalitetsombud HSL</li> </ul>
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen</li> <li>att följa de riktlinjer och rutiner som finns för verksamheten</li> <li>bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSL</li> <li>Tillsammans med enhetschefer utreda rapporter samt ge förslag på åtgärder för händelser som inträffat.</li> <li>ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje patient</li> <li>fungerar utifrån sin profession som arbetsledare för hälso- och sjukvård i verksamheten</li> </ul>
Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter</li> <li>Ansvarar för att följa rutiner och givna ordinationer</li> <li>Ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att: <ul style="list-style-type: none"> <li>utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet,</li> <li>att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner s</li> <li>rapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSL</li> </ul> </li> </ul>
Hygienombud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Att, tillsammans med enhetschef, utifrån styrdokument, riktlinjer och rutiner bedriva det vårdhygieniska arbetet på enheten</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducera nyanställda och vikarier om vårdhygieniska rutiner</li> <li>• Tillsammans med enhetschef ansvara för att genomföra egenkontroller och utifrån resultat planer och genomföra nödvändiga förbättringsåtgärder</li> </ul>
Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård	<p>Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård består av verksamhetschef enligt HSL, MAS samt enhetschef för legitimerad personal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Driver det strategiska arbetet för att säkerställa patientsäkerheten</li> </ul>
Teamträffar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teamträffar med hemtjänstpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/fysioterapeuter hålls regelbundet inom hemsjukvård/hemtjänst för att säkerställa en ökad samverkan</li> <li>• På teamträffar görs även regelbundet riskbedömningar utifrån Senior Alert för att kunna ha ett förebyggande arbetssätt</li> </ul>

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansgrupp	Funktion
Gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV)	Regionen och kommunerna i Sörmland samverkar genom den gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV). Regionen och kommunerna har genom denna nämnd arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödande och styrande dokument i samma syfte. Länsstyrgruppen är en central del i detta arbete och består av representanter från de nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Styrgruppen ska skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland får en jämlik vård. Förvaltningschefen för socialförvaltningen ingår i länsstyrgruppen.
Samverkan inom primärvård	Samverkansforum mellan kommunernas MAS/MAR, läkare och verksamhetschefer från primärvården i västra länsdelen och Hälsoval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är dialog i gemensamma frågeställningar som rör närvårdssamverkan.
Läkarmedverkan	Uppföljning läkarmedverkansavtal - I Flens kommun görs uppföljning av läkarmedverkansavtalet 2 gånger/år med enhetschef för legitimerad personal, MAS, ansvariga sjuksköterskor på respektive enhet och verksamhetschef och läkare från ansvarig vårdcentral.
Patientsäkerhetsrund	Flens kommun har deltagit i ett projekt tillsammans med Region Sörmland med utveckling av patientsäkerhetsrunder på SÄBO. På dessa runder ska deltagare från kommunens verksamhet, ansvarig läkare samt Regionens patientsäkerhetsenhet delta. Syftet med dessa runder är att titta på hur patientsäkerheten tillgodoses för de patienter som bor på SÄBO. Under 2022 har en sådan rond skett på ett av kommunens boenden men tanken är att det i framtiden skall göras på samtliga boenden.
Vårdhygien, Region Sörmland	Flens kommun har tillsammans med övriga kommuner i Sörmland ett ramavtal med Regionens Vårdhygien gällande stöd i vårdhygieniska frågor. Under 2022 har utbildningar i b.la basala hygienrutiner hållits av personal från Vårdhygien för chefer och hygienombud i socialförvaltningens vårdverksamheter. MAS/MAR har under året haft regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren gällande frågor som rör Covid -19.
Utskrivningsprocess från slutenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>För utskrivningsprocessen från slutenvård till kommunal vård finns en samverkansriktlinje mellan huvudmännen för att ge stöd i processen. Denna riktlinje är under omarbetning av representanter från både länets kommuner och Region Sörmland.</li> <li>I utskrivningsprocessen används Prator som är ett digitalt system för överrapportering mellan slutenvård och kommuner för hälso- och sjukvårdspersonal samt biståndshandläggare.</li> <li>För uppföljning gällande utskrivningsprocessen har hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare i Flens kommun regelbundna samverkansmöten. På dessa möten deltar vårdplaneringsteam och sjukhuskoordinatorer på de tre sjukhusen i Regionen (Kullbergsgka, Mälarsjukhuset samt Nyköpings lasarett) och samordningssjuksköterskor på samtliga vårdcentraler i kommunen. Mötets syfte är att säkerställa att patientens övergång mellan slutenvård och öppenvård blir så säker som möjligt och att de rutiner som finns framtagna följs. På mötet kan även eventuella problem som förekommit diskuteras och lösningar tas fram.</li> </ul>
Samverkan mellan länets kommuner	Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer/rutiner.
Avvikelseberapportering	Alla avvikelser som inkommer till Flens kommun från extern vårdgivare utreds och besvaras. I de fall där avvikelsen är gemensam har dessa även utretts gemensamt.