

# Patientsäkerhetsberättelse

För Vård och omsorgsnämnden

Flens kommun

2024



Datum: 2025-02-06

Ansvariga för innehållet:

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska,

Diarienummer: VON/2025:19

## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är skriven utifrån Socialstyrelsens nationella mall. Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. 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 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

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING .....	4
De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten .....	4
En blick framåt.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Grundläggande förutsättningar .....	6
.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur .....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	10
FOKUSOMRÅDEN .....	11
Agera för säker vård .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
Har vården varit säker .....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Säker vård här och nu .....	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
Kvalitetsregister.....	19
Klagomål och synpunkter .....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	22
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	23
Bilaga 1 .....	25
Bilaga 2 .....	26
Bilaga 3 .....	28

### Begreppsförklaringar i dokumentet

<b>BHK</b>	Basal hygien och klädregler	<b>NPÖ</b>	Nationell patientöversikt
<b>HSL</b>	Hälso- och sjukvårdslagen	<b>PSB</b>	Patientsäkerhetsberättelse
<b>KTC</b>	Kliniskt Tränings Centrum	<b>PSR</b>	Patientsäkerhetsrapport
<b>L.P</b>	Legitimerad personal	<b>SSK</b>	Sjuksköterska

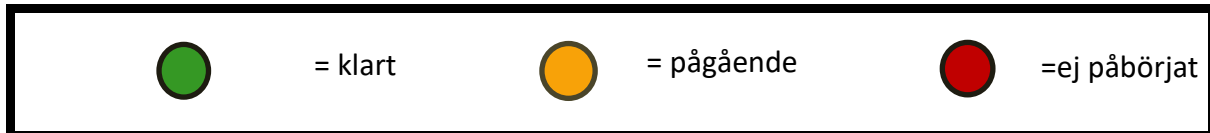
## SAMMANFATTNING

Under 2024 har förvaltningen fortsatt att arbeta med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra kommuninnevånare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar de haft för att öka patientsäkerheten under 2024.

Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter, arbetet utgår i huvudsak från Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet (2023–2025) (dnr: VON/2023:132). 2024 är första året då patientsäkerhetsberättelsen har samma struktur och utseende som handlingsplanen. Rapporteringen sker utifrån de prioriteringar och åtgärder som togs fram i handlingsplanens grundläggande förutsättningarna och fokusområden. Förhoppningen är att en tydligare redovisning ger nämnd och verksamheterna ett enklare sätt att följa förvaltningens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Det finns totalt nio områden, fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden. Dessa kommer att redovisas med ett status (trafikljussymboler) samt en kort analys. Planen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att både PSB samt PSR kommer vara uppbyggda utifrån denna princip för att enkelt ge vårdgivaren en god överblick hur det går och hur väl arbetet svarar upp mot den beslutade handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

*Förklaring av status:*



### De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten under 2024

- Implementering av den nya strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Implementering av egenkontrollplan
- Implementering av årshjul för patientsäkerhet
- Implementering av den nya utskrivningsprocessen
- Färdigställandet av kliniskt träningscentrum

### En blick framåt

Under 2023 avslutade SKR sitt arbete med patientsäkerhet, inklusive de dokument som funnits. Under 2024 har detta arbete delats upp mellan olika instanser, tex Socialstyrelsen, LÖF (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) samt Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Detta har medfört att 2024 har blivit ett mellanår för det nationella stödet då dessa instanser har behövt bygga upp sin verksamhet och sina dokument vilket har inneburit att Flens kommun inte har kunnat komma vidare med vissa av de prioriterade områdena då stödet har saknats. 2025 förväntas stödet finnas framtaget och verksamheterna kan arbeta vidare utifrån detta.

Satsningar inför 2025:

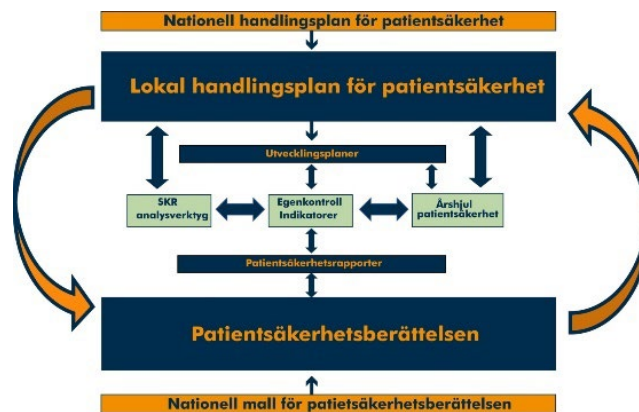
- Implementering av den nya överenskommelsen för Hälso- och sjukvård, tillsammans med Region Sörmland

- Fortsatt arbete med att stärka den Palliativa vården tillsammans med de tre ansvariga Vårdcentralerna i kommunen
- Fortsatt arbete med att stärka den riskförebyggande vården och teamarbetet kring Senior Alert.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningen krävdes det en grundläggande arbetsstruktur. Den grundläggande strukturen är framtagen våren 2023 och är tänkt att ge ett stöd för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för både ledning och verksamhet.

För strukturen, se bild nedan. För begreppsförklaring, se [bilaga 1](#).



### Övergripande mål och strategier

För att vården ska bli säkrare behövs uppföljning, utvärdering och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. I förvaltningen har det, under de senaste två åren, tagits fram ett omfattande material för detta; lokal handlingsplan, egenkontrollplan, Årshjul för olika yrkeskategorier samt införandet av patientsäkerhetsrapporter två gånger/år till både verksamhet och nämnd.

Helhetsstrukturen samt lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet är grunden för det systematiska arbetet (se bild ovan). Under våren 2024 har implementering av det nya materialet för patientsäkerhet påbörjats i verksamheterna. Efter implementering kommer arbetet att fokusera på uppföljning och analys av det framtagna materialet.

För att få en helhetsbild av de övergripande mål och strategier som finns framtaget nationellt se den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (dnr:VON/2023:132).

## Grundläggande förutsättningar

Den nationella handlingsplanen lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård, som är centrala för patientsäkerhetsarbetet.

Dessa är:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare





## 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.



Princip	Målsättning
Engagemang och kunskap för det gemensamma arbetet med systematisk patientsäkerhet, genom utbildning och ansvarsfördelning på alla nivåer.	Säkerställa att ledning och styrning har tillräcklig kunskap och kompetens för att upprätthålla en säker vård utifrån framskrivna prioriteringar.

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för befintliga chefer inom patientsäkerhet.	Träff med enhetschefer en ggr per termin, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden		Träffar med enhetschefer inom äldreomsorg samt barn, unga, vuxna har genomfördes vid två tillfällen våren 2024. Det som togs upp vid dessa träffar var enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar samt utredning av PSL avvikelser.  Enstaka genomgångar med nya enhetschefer har skett under hösten och kommer att fortsätta under våren 2025.
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		Utbildningsinsats för politiker hölls på nämndmöte under hösten. I utbildningen ingick genomgång av det strategiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningen samt den lagstadgade ansvarsfördelningen gällande patientsäkerhet inom kommunal vård- och omsorg.

## Organisation och ansvar

Den interna organisationen för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i den kommunala verksamheten beskrivs i [bilaga 2](#).

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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 personens hälsotillstånd får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Inga allvarigare incidenter finns rapporterade under året. Att utveckla informationssäkerhet är något som förvaltningen kommer att arbeta vidare med framöver.

## Strålskydd



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.*



Princip	Målsättning
Aktivt arbete för att upprätthålla ett säkert arbetssätt utifrån bemötande, kommunikation och information.	Tillåtande arbetsklimat där medarbetare känner sig trygga att rapportera risker och incidenter utifrån kunskap och kompetens.

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
Skapa en grundstruktur för systematiskt säkerhetskulturarbete	Ta fram en förvaltningsövergripande rutin		Arbetet har inletts och kommer att pågå även under 2025. Arbetet har förlängts då det pågår en revidering av det nationella stödmaterialet som behöver tas med i det lokala arbetet.
Införa vedertagna verktyg för säkerhetskultur	Implementera SKR:s arbetsstruktur "Säkerhetskulturtrappan"		Arbetet har inletts och kommer att pågå under 2025, se svar ovan kopplat till förlängt förlopp.








## 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.

Princip	Målsättning
Aktivt arbete för att ha adekvat kompetens och goda förutsättningar för att ge god vård enligt bästa tillgängliga kunskap	Att medarbetare och chefer har en adekvat kompetens för sitt yrkesutövande.

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Fortsatt utveckling av Kliniskt träningscentrum (KTC)		KTC har färdigställts helt under sista delen av 2024 och utbildningar för vård- och omsorgspersonal är planerade och kommer att påbörjas under första kvartalet av 2025.
Skapa förutsättningar att stärka språkförmågan inom våra verksamheter	Strukturerat arbete utifrån Socialstyrelsens framtagna material för språkförmågabedömning och utveckling, sammanhållet med förvaltningens utbildning i vårdsvenska och träningscentrum (KTC)		Cheferna inom SÄBO har under hösten gjort en uppskattning över antalet tillsvidareanställda som behöver få utbildning för att öka sin språkförmåga.  Under 2025 kommer sedan en workshop med avdelning äldre, VUX, AME och eventuellt bemanningsenheten att genomföras för att se hur man ska gå vidare med att öka språkkunskaperna.  Projekt ISA (Integration, språk, arbete) har pågått under större delen av 2024. Projektet syftar till att, genom utbildning i yrkessvenska och arbetslivet i Sverige, kunna öka förutsättningarna för personer som idag är arbetslösa att på sikt kunna få en anställning inom vård och omsorg.  Inom BUV arbetar cheferna med att säkerställa språkförmågan innan anställning och man arbetar även med att se över möjligheten att ha språkombud inom sina verksamheter.
Skapa utbildningsplan för att stärka adekvat kunskap och kompetens	Ta fram introduktionsutbildningar och årlig utbildningsplan för vårdpersonal och legitimerad personal		Arbetet har inletts då det nya verksamhetssystemet "Kompetensportalen" nu är i bruk. Då arbetet blev mer omfattande än vad som planerades kommer detta att färdigställas under första kvartalet 2025.
Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare		Arbetet pågår inom ÄO och en ny introduktionsutbildning håller på att tas fram till kompetensportalen.  Inom BUV har man valt att använda utbildningen från Yrkesresan som introduktionsutbildning till nya medarbetare.



<p><b>Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt</b></p>	<p>Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul</p>		<p>Arbetet har inletts och utbildningsplan gällande patientsäkerhet för legitimerad personal är klar. Utbildningsplan gällande patientsäkerhet för omsorgspersonal samt enhetschefer har påbörjats och beräknades vara klar 2024 men på grund av omfattningen kommer denna att färdigställas första kvartalet 2025.</p>
---	---	---	---

## 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.*



Princip	Målsättning
<p>Skapa förutsättningar för patienters och närståendes delaktighet och möjlighet till inflytande.</p>	<p>Att bedriva en säker vård som stärker och belyser patientens och närståendes delaktighet i enighet med omställningen till Nära Vård.</p>

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
<p><b>Att göra patienter och närstående involverade i den enskildes vård.</b></p>	<p>Skapa struktur för att öka patientens och närståendes delaktighet i den enskildes vård med stöd av digitalt verksamhetssystem</p>		<p>Information och utbildningsinsatser för legitimerad personal hölls under våren 2024. Då det vid årets journalgranskning inte kunde ses att utbildningsinsatserna ännu gett önskat resultat kommer ett fortsatt arbete att pågå även under 2025.</p>
<p><b>Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete</b></p>	<p>Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.</p>		<p>Arbetet har påbörjats under senhösten 2024 och är lyft till en förvaltningsövergripande nivå då detta berör samtliga lagrum. En plan för att starta en referensgrupp med patienter/brukare och anhöriga är under framtagande och kommer att färdigställas under första delen av 2025.</p>

## FOKUSOMRÅDEN

Både den nationella och den lokala handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en grundstruktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Dessa är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



### Agera för säker vård

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.

Den lokala egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer ingår i strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se bild sid 6). Egenkontrollplanen har nu en detaljeringsgrad som gör att tidigare brister förväntas bli åtgärdade.

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.

Egenkontrollplanen har en sådan rubriksättning att detaljeringsgrad går att utläsa (se begreppsförklaring för rubriker nedan).

Begreppsförklaring	
<b>Fokusområde</b>	Vilket fokusområde egenkontrollen kopplar mot.
<b>Aktivitet/kontrollmoment</b>	Vad som ska kontrolleras och/eller utföras
<b>Metod</b>	Hur kontrollmomentet ska genomföras.
<b>Uppföljning</b>	När kontrollmomentet ska genomföras utifrån kalenderåret
<b>Ansvarig</b>	Vem som är ansvarig för att se till att kontrollmomentet utförs, den ansvarige behöver inte vara den som genomför kontrollmomentet
<b>Rapporteras till/ Redovisning</b>	Redogör för vem som är mottagare/framställare på förvaltningsnivå
<b>Område</b>	Vilket fokusområde egenkontrollen kopplar mot.

Egenkontrollplan och kvalitetsindikatorer är framtagna utifrån den nationella handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden (se nedan). Uppföljning av egenkontroller och kvalitetsindikatorer görs utifrån lokala förutsättningar samt mätbarheter för det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Socialförvaltningen. Egenkontrollplanen har samma tidsperspektiv som handlingsplanen (2023-2025).

Fokusområde	Egenkontroll
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (PSL) – sammanställning av data ur avvikelssystem ( <i>redovisas i PSR 1+2 samt i PSB</i> )
Tillförlitliga och säkra system och processer	Granskning delegering – datainsamling utifrån granskningsmall ( <i>redovisas ej 2024 då mall inte är framtagen ännu</i> ) Narkotikakontroll – granskning av förbrukningsjournal ( <i>intern</i> ) Kontroll av samtycke till NPÖ ( <i>intern</i> )
Säker vård här och nu	Extern hygienrond ( <i>intern</i> ) Extern läkemedelsgranskning samt uppföljning ( <i>intern</i> )
Stärkt analys lärande och utveckling	PPM mätning av Basala hygienrutiner och klädregler ( <i>har tidigare redovisats i PSR, nationellt har denna mätning utgått</i> ) Svenska HALT ( <i>redovisas i PSB</i> ) Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal ( <i>intern</i> ) Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsjournal ( <i>intern</i> ) Rapport från kvalitetsregister ( <i>redovisas i PSR 1+2 samt i PSB</i> ) Patientens klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård ( <i>redovisas i PSB</i> )
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Andel rapporterade risker kopplat till patientsäkerhet ( <i>internt</i> ) Andel genomförda riskanalyser ( <i>redovisas ej 2024 då mall inte är framtagen ännu</i> )

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Princip	Målsättning
Engagemang och kunskap för det gemensamma arbetet med systematisk patientsäkerhet, genom utbildning och ansvarsfördelning på alla nivåer.	Att chefer och medarbetare har en adekvat kunskap och kompetens kring vårdskador för att kunna prioritera sina åtgärder i samverkan med patienten och närstående

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
Arbeta med att minimera effekter av inträffade händelser	Strukturerade insatser för stöd och återkoppling till patient och berörd medarbetare	<span style="color: red;">●</span>	<p>Arbetet att skapa en struktur för stöd och återkoppling planerades att påbörjas under hösten 2024 men på grund av andra prioriterade arbetsområden kommer det istället att slutföras under 2025.</p> <p>Samtliga chefer arbetar idag med att stödja patienter och medarbetare vid inträffade händelser, dock inte utifrån en gemensam struktur.</p>

## Har vården varit säker

### Interna avvikelser

Avvikelser enligt PSL	Jan-december 2024	Jan-december 2023
Läkemedel	571	456
Fall	1091	834
Brist i/utebliven vårdåtgärd	52	-- (Ej redovisat 2023)
Brist i/utebliven rehabilitering	5	-- (Ej redovisat 2023)
Hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	58	46

#### Analys:

Det är svårt att göra en helt korrekt jämförelsen mellan januari-december 2024 och 2023 då det nya verksamhetssystemet för avvikelserapportering och utredning implementerades först i April 2023. Innan detta infördes misstänktes en stor underrapportering av inträffade avvikelser.

Ett av tidigare års stora problem var att utredningar av avvikelser inte genomfördes och inte heller dokumenterades. Under januari – december 2024 har totalt 1777 händelser inom ovanstående områden (se tabell) inträffat. 74,9% av dessa är avslutade, i 16,4% pågår utredning och 0,6% av utredningarna är avslutade men ärendet ska följas upp. Andel utredda och avslutade avvikelser har ökat i jämförelse med föregående år vilket i detta läge bedöms som mycket positivt även om andelen avvikelser just nu inte minskar i antal.

I 8,1 % (142 st) av avvikelserna har inte utredning påbörjats och det som kan ses är att dessa till stor del finns inom ett fåtal enheter där det under året har varit chefsbyten samt en hög arbetsbelastning. Diskussioner pågår i förvaltningen hur dessa chefer ska kunna stödjas och utbildas så att de får en bättre förutsättning att hantera de avvikelser som finns. Fortsatta utbildningsinsatser för övriga enhetschefer och legitimerad personal inom utredning av avvikelser samt åtgärder för avvikelser planeras för 2025 för att ytterligare förbättra kvaliteten på utredningarna.

**Fall** - Den vanligast avvikelserna är fortfarande fallolyckor, vilket är fortsatt högt inom förvaltningens vårdverksamheter. Statistik som tas ut/månad visar att antalet fall ligger konstant och har gjort så sedan i mitten av förra året. Verksamheterna har arbetat intensivt med att öka andelen riskbedömningar och insättande av åtgärder men trots detta arbete (i Senior Alert, framför allt på SÄBO) under 2024 så kan ännu ingen minskning av antalet fall ses. Arbetet med att öka teamsamverkan samt sätta in och följa upp relevanta åtgärder behöver därför prioriteras under 2025. Inom hemtjänst har arbetet med att återskapa Teammöten påbörjats i två av grupperna under året och övriga kommer att göra detta under 2025. Då Teamsamverkan är en stor del av ett lyckat patientsäkerhetsarbete är detta prioriterat under 2025.

**Läkemedel** - Andelen läkemedelsavvikelser har inte minskat under 2024. Dock kan man i relation till antalet insatser gällande läkemedel se att det endast är en liten del där det blir fel. På totalt ca 42000 insatser så var det 571 avvikelser (0,01%).

När det gäller avvikelser inom läkemedelshantering så är fortfarande uteblivet läkemedel den vanligaste orsaken (ca 60% av inkomna läkemedelsavvikelser). Tidigare har även utebliven signering varit en vanlig avvikelse men detta har minskat, troligen ett resultat av övergången till digital signering men detta är inte helt klarlagt.

Digital signering verkar ännu inte ha uppnått den önskade effekten på avvikelser med uteblivet läkemedel varför arbetet med att minska denna typ av avvikelse måste fortsätta i verksamheterna under 2025.

Inom övriga områden är det svårt att göra en jämförelse med 2023 då redovisningen skedde utifrån det gamla avvikelshanteringssystemet.

### Externa avvikelser

Externa avvikelser är de händelser som skett kopplat till annan huvudman, vanligen Region Sörmland.

### Inkommande

Avvikelser som skickats till Flens kommun från annan huvudman

Antal	Besvarade (%)	Analys
16 st	93% (15 st)	<p>Samtliga inkomna avvikelser under 2024 har skickats från verksamheter inom Region Sörmland. Det har varit ett brett spektrum av händelser som skickats som avvikelser till Flens kommun under året. Det är därför svårt att dra några egentliga slutsatser utifrån inkomna avvikelser.</p> <p>Verksamheterna som mottagit avvikelse har under året haft en bra svarsfrekvens och majoriteten av avvikelserna är utredda och besvarade till</p>

anmälaren inom 1 månad från mottagandet.

Ett par av de inkomna avvikelserna har inte bedömts vara någon felaktighet utan berott på missförstånd eller att man som anmälare inte känt till nya rutiner för samverkan.

### Utgående



Avvikelse som skickats från Flens kommun till annan huvudman

Antal	Besvarade (%)	Analys
44 st	52% (23 st)	<p>De utgående avvikelserna har främst skickats till Region Sörmlands (olika verksamheter) samt Apotekstjänst (Dosdispenserade läkemedel).</p> <p>För avvikelser som skickats till Region Sörmland så var 64% riktade till slutenvården. Dessa avvikelser har främst handlat om brister i informationsöverföring samt brister i läkemedelshantering på patienter som har skrivits ut från sjukhuset. Endast 37% av dessa har besvarats av Region Sörmland, övriga är obesvarade. Diskussion pågår på länsnivå med Region Sörmland gällande den låga svarsfrekvensen.</p> <p>30 % av utgående avvikelser har skickats till primärvård (våra tre vårdcentraler i kommunen). De flesta av dessa har handlat om utebliven rondtid som inte informerats om innan, uteblivet hembesök av läkare samt utebliven eller felaktig informationsöverföring. Samtliga avvikelser utom 2 är besvarade till kommunen.</p> <p>8 av 13 avvikelser är skickade till en av vårdcentralerna där det under året varit vissa problem med följsamhet till det lokala avtalet för läkarmedverkan. Arbete pågår för att säkerställa att avtalet följs och Hälsovalsenheten i Region Sörmland är informerade om problematiken. Uppföljning av avtalet för läkarmedverkan görs kontinuerligt 2 gånger/år.</p> <p>De utgående avvikelser som skickats till Apotekstjänst har samtliga utretts och besvarats av Apotekstjänst.</p>

## 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.*

Princip	Målsättning
Genom att skapa processer och system, understödja att patienter erhåller en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård	Att öka säkerheten i vården genom att minska oönskade variationer utifrån tillförlitliga och säkra system och processer



Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
<b>Säkerställa verksamhetsutveckling inom systematiskt patientsäkerhetsarbete</b>	Utveckla ett kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård		Ett kvalitetsledningssystem (KLS) har utvecklats under 2021–2022 och för hälso- och sjukvårdens del så är detta färdigställt. Arbetet med att revidera KLS utifrån arbetet med att skapa processer för hälso- och sjukvård kommer att fortgå under 2025.
<b>Verka för en patientsäker vård genom att minimera oönskade variationer inom hälso- och sjukvård</b>	Skapa en säker struktur för rutiner och implementering av dessa		Arbetet med att revidera rutiner samt att ta fram nya som verksamheten har upplevt ett behov av har pågått under hela 2024.  Samverkan med länets övriga kommuner har gjorts där det är möjligt (kontra det kommunala självstyret) att ha så liknande rutiner som möjligt för att förebygga oönskade variationer och i linje med omställningen till Nära Vård.  Då man i utredningar under året har sett att en av de vanligaste orsakerna till att avvikelser inträffar är att personal inte har följt gällande rutin kommer ett arbete att pågå under 2025 för att skapa en enklare form av sökning för rutiner samt att se över hur AI kan underlätta för medarbetare att arbeta korrekt utifrån gällande rutiner.



## 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.*

Princip	Målsättning
Genom medvetenhet, förmåga och flexibilitet kunna hantera störningar i närtid inom hälso- och sjukvård på ett säkert sätt	Att skapa säkra strukturer och miljöer för goda förutsättningar vid förändringar inom hälso- och sjukvård


Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
<b>Säkerställa värden vid kända och okända organisatoriska störningar</b>	Aktivt arbete med riskanalyser (ex inför sommar och jul). Skapa struktur för detta arbete		Det har tagits fram en struktur för arbetet med riskanalys och detta ska nu implementeras i verksamheterna.
<b>Utveckla intern samverkan för att öka patientsäkerheten</b>	Skapa struktur för intern samverkan		En gemensam rutin och checklista för intern samverkan, inom förvaltningens samtliga avdelningar, i utskrivningsprocessen är framtagen under 2023 och används nu i verksamheterna.

## 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.*



Princip	Målsättning
Öka förståelsen för, och lärandet om, patientsäkerhet och dess bakomliggande orsaker	Att medvetandegöra medarbetare och chefer om patientsäkerhetens betydelse inom hälso- och sjukvård

Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
<b>Systematiskt förbättringsarbete</b>	Se egenkontrollplan för patientsäkerhet gällande områden med strukturerad åtgärdsplan		Egenkontrollplan är framtagen inklusive tillhörande årshjul för att underlätta arbetet (vad och hur redovisning sker, se information och tabell på, sid 12).

### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

**BPSD** - I förvaltningen bedriver man ett aktivt arbete med kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). BPSD ingår idag inte som en kvalitetsindikator i egenkontrollplanen 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.

**RiksSår** - Övrig framtida indikator är kvalitetsregister RiksSår. Registret har ännu inte implementerats i förvaltningen, implementering planeras för 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.

**BHK** (basala hygienrutiner och klädregler) – Mätning av BHK pågick fram till 2023 då SKR valde att lägga ner databasen. Någon ny nationell databas har ännu inte utvecklats men Socialstyrelsen har fått detta uppdrag, dock är det oklart när denna kommer att vara färdig. Vårdhygien på Region Sörmland håller på att se över om en tillfällig databas kan utvecklas i väntan på den nationella. Hygienarbetet på enheterna fortgår alltjämt utifrån lokalt framtagna rutin där vårdhygienisk egenkontroll ingår.

### Svenska Halt

Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende för äldre samt på korttidsboende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Svenska HALT initieras årligen av Folkhälsomyndigheten och mätningen genomförs en gång per år. Resultatet för 2024 presenteras nedan.

### Flens kommun

Antal deltagande enheter	Antal inkluderade patienter	Antal med förvärvade infektioner (VRI)	Antibiotikabehandling
5 (av 7)	110 (av 137 SÄBO platser + 27 korttidsplatser)	1	2 st (1%) enbart terapeutisk behandling

### Riket

Antal deltagande enheter	Antal inkluderade patienter	Antal med förvärvade infektioner (VRI)	Antibiotikabehandling
--	27261	362	884 (3%)

### Analys

Mätningen genomfördes i kommunen första gången 2022. Deltagandet i HALT mätningarna har ökat för varje år och 2024 deltog 5 av kommunens SÄBO enheter i mätningen. De som uteblev från mätningen i år var korttidsboendet samt ett SÄBO. Prioriterat område för 2025 är att samtliga enheter deltar i mätningen.

Det nationella resultatet av Svenska HALT presenteras av Folkhälsomyndigheten i juni månad varje år (året efter mätningen) varför Flens kommuns resultat kommer att presenteras mer omfattande i Patientsäkerhetsrapport 2 2025, enligt fokusområde/egenkontroll se tabell sid. 12. Det resultatet som kan ses redan nu är att antibiotikaanvändningen på SÄBO är låg och ligger under riksgenomsnittet. Detta är positivt då arbetet med att minska onödig användning av antibiotika pågår i hela landet.

Under 2025 inleds ett arbete där Vårdhygien i Region Sörmland, tillsammans med MAS/MAR nätverket, kommer att analysera resultatet i varje kommun. Resultatet kommer sedan att användas för att ta fram gemensamma satsningar på Vårdhygienarbetet i Sörmland för att arbeta mer proaktivt med vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom

## Avvikelser

Avvikelser och arbetet kring utredningar redovisas under fokusområdet ”Öka kunskap om inträffade vårdskador” på sid 13.

## 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.

### Kvalitetsregister 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.

Indikator Senior Alert	Nuläge 2024 jan-december		Målvärde 2024		Resultat 2023	
	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk
Trycksår	97%	84%	100%	85%	96%	69%
Undernäring	98%	88%	100%	85%	96%	71%
Fall	98%	85%	100%	95%	95%	70%
Munhälsa	96%	72%	100%	70%	87%	64%

#### Analys:

Andel unika personer i registret var 2023 146 individer och 2024 169 individer vilket tyder på att fler enheter har börjat att riskbedöma sina patienter. Flens kommun uppmärksammades av registret under hösten 2024 för att vi har en täckningsgrad på 75% vilket nationellt sett är väldigt bra. Täckningsgrad innebär att antalet patienter som är inlagda i registret överensstämmer med de uppgifter som vi rapporterar till Socialstyrelsen om antal patienter i vår verksamhet.

Täckningsgraden på SÄBO fortsätter att vara nästan 100%, här har även kortvården så smått börjat att komma igång med att riskbedöma sina patienter. Täckningsgraden i hemsjukvård är betydligt lägre då arbetet med riskbedömningar fortfarande inte kommit igång p.g.a. att det varit svårt att få till den tid som behövs för att genomföra arbetet. Det pågår just nu ett aktivt arbete i verksamheterna med att öka antalet individer som får en riskbedömning, då det är något som är eftersträvanbart för att öka kvalitén i vården.

För utförda åtgärder vid risk har målvärde för 2024 uppnåtts gällande undernäring och munhälsa. För munhälsa är detta ett stort framsteg då det tidigare inte mättes alls, där har enheterna gjort ett väldigt bra arbete under 2024. För trycksår är målvärdet i princip uppnått (saknas 1%) men för fall har verksamheterna en bit kvar till att uppnå

målet (som är högre satt än övriga mål). Dock har samtliga områdens kvalitetsindikatorer ökat sedan 2023 vilket är mycket positivt även om samtliga målvärden ännu inte har uppnåtts på alla områden.

Det som framkommer på de patienter som är inlagda i registret är en markant förbättring och kvalitetssäkring sedan 2022 och arbetet i kvalitetsregister Senior Alert går framåt. (se 2022 års resultat nedan)

*Trycksår – 69%*

*Undernäring – 68%*

*Fall – 73%*

*Munhälsa – 0%*

Utifrån kraven på förebyggande arbetet, både i hälso- och sjukvårdslagen samt även i den kommande Socialtjänstlagen är det av stor vikt att verksamheterna fortsätter att utveckla det förebyggande arbetet då antalet fallolyckor i verksamheterna är fortsatt högt och riskbedömningar är en stor del i detta arbete.

### Svenska palliativregistret

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

Indikator Palliativregistret	Resultat 2024	Målvärde 2024	Resultat 2023
Vårdplan	77,8%	100%	--
Dok. brytpunktssamtal	74,6%	85%	47,1%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	88,9%	100%	91,2%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	87,3%	100%	88,2%
Smärtskattats sista levnadsveckan	50,8%	85%	58,8%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	36,5%	80%	47,1%
Utan trycksår (kat. 2-4)	93,7 %	90%	88,2%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	79,4%	85%	76,5%

#### Analys:

Att registrera i palliativregistret är en del i att kvalitetssäkra och följa upp den palliativa vården. Då andelen registrerade personer tidigare år varit mycket lågt gjordes en utbildningsinsats under 2023 vilket har resulterat i en ökad registrering. En manuell kontroll av antalet avlidna mot antalet inregistrerade som har avlidit i vår verksamhet stämmer nu överens varför täckningsgraden under 2024 är 100%.

Resultaten av de olika indikatorerna har inom vissa områden förbättrats något, inom andra försämrats. Det är enbart inom området trycksår som målvärdet är uppnått, där ligger Flens kommun över riksgenomsnittet med 93,7% som

Indikator	Resultat 2024	Målvärde 2024	Resultat 2023
<b>Palliativregistret</b>			
<p>avlider utan trycksår. Inom övriga områden har verksamheterna en del arbete kvar att göra för att uppnå de satta målen. Under hösten 2024 hölls 1 workshop gällande palliativ vård för samtlig legitimerad personal. Planen var att även ha en gemensam workshop med läkare från kommunens tre Vårdcentraler men denna fick tyvärr ställas in pga. att vårdcentralerna inte kunde avvara läkarna vid det tillfället. Plan finns att istället genomföra denna workshop under första delen av 2025. Verksamheterna planerar också att ha workshops utifrån teamarbetet i den palliativa vården under första halvan av 2025. Dessa åtgärder förväntas ge en mer kvalitativ palliativ vård samt öka resultatet på de uppsatta indikatorerna gällande den palliativa vården framöver.</p> <p>Svenskt palliativ register har lagt till en ny mätpunkt/parameter från och med 2024 "Vårdplan" utifrån att man såg ett nationellt behov och en brist i detta. Därav är indikatorn Vårdplan tillagt från och med i år och kan inte jämföras från tidigare år.</p> <p><b>Att beakta</b></p> <p>Tidigare var det möjligt att plocka ut enbart kommunstatistik ur registret. Detta är nu ändrat vilket innebär att man istället får ut statistik för hela kommunen, oavsett huvudman. Det betyder att även de som inte är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård finns med i statistiken, vilket kan medföra att resultaten påverkats. Detta är påtalat för registerhållare då det inte blir adekvat data som tas ut från registret. Eftersom detta är en kvalitetsindikator i egenkontrollplanen behöver det framöver tas ställning till om det fortsättningsvis kan vara så då data/resultat presenteras annorlunda från registerhållaren.</p>			

## Klagomål och synpunkter

För att det ska bli enklare för vårdtagare, närstående samt medborgare att framföra sin åsikt har Socialförvaltningen tagit fram en process för synpunkter och klagomål. Förvaltningen har en låg andel av inkomna synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård. Om detta kännetecknar en hög nöjdhetsgrad alternativt att tidigare process för att lämna ett klagomål eller synpunkt har brister är svårt att bedöma.


Nedanstående tabell redovisar de klagomål och synpunkter som har inkommit till förvaltningen gällande hälso- och sjukvård under 2024. De flesta klagomål gällande patientsäkerhet hanteras direkt av verksamheten.

Antal	Besvarade (%)	Analys
6 st	83% (5 st)	<p>Av de inkomna synpunkterna till hälso- och sjukvård är fem stycken direkt från patient/anhörig och en har inkommit via patientnämnden. Av de 6 inkomna ärendena så handlar tre om samma patient, detta är också det ärende som har inkommit från patientnämnden.</p> <p>En av synpunkterna som har inkommit berodde på ett missförstånd gällande var personen skulle vända sig och avslutades efter kontakt med synpunktsanmälaren. Detta är den avvikelse som ännu inte är skriftligt besvarad.</p> <p>En av synpunkterna som inkom ledde till att verksamheten själva upprättade en avvikelse och utredde denna.</p> <p>Ingen av de synpunkter som inkommit under 2024 har lett till någon Lex Maria anmälan.</p>

## 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 patientsäkerhets-sammanhang beskrivs detta som resiliens.*

Princip	Målsättning
Uppnå en stabil och anpassningsbar hälso- och sjukvård trots varierade förhållanden	En god patientsäkerhet och god arbetsmiljö under såväl förväntade som oväntade förhållanden




Prioriteringar	Åtgärd	Status	Analys
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		<p>Uppdraget Nära Vård, som kommer från Regeringen, drivs i Södermanlands Län av Läns-gemensamt regionalt stöd (tillsammans med både kommun- och regionrepresentanter).</p> <p>Under 2023 samt 2024 har ett omfattande arbete pågått att ta fram en ny överenskommelse gällande hälso- och sjukvård i samverkan (nu färdigställd och började att gälla 241101). En ny utskrivningsprocess har tagits fram (började att gälla maj 2024) samt översyn av samtliga samverkansrutiner.</p> <p>De nya dokumenten är fortfarande inne i/kommer att komma in i en implementeringsfas, därför är det för tidigt att se vad eller vilka förbättringar det kan leda till. Men med förhoppning att det ska främja och öka samverkan.</p> <p>Arbetet med Nära Vård är fortgående fram till 2035 och drivs av Region Sörmland tillsammans med kommunrepresentanter, Flens kommun deltar aktivt i dessa forum.</p> <p>Lokalt kommer satsning inom Nära Vård 2025 ligga främst på samarbetet med införandet av nya Socialtjänstlagen. Detta på grund av att de övergripande/styrande punkterna är liknande och att det är samma budskap som ska förmedlas och implementeras. Detta arbete görs för att undvika stuprör i processer och öka förståelsen hos medarbetaren hur allt hänger ihop.</p>

## Sammanfattning

Som det beskrivits tidigare är patientsäkerhet ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter och arbetet utgår i huvudsak från Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet (2023-2025) (dnr: VON/2025:19).

Patientsäkerhetsberättelsen (PSB) har samma rubriksättning som Patientsäkerhetsrapporterna (PSR) och den lokala Handlingsplanen utifrån Socialstyrelsens nationella modell. PSB svarar enbart på de områden som är prioriterade för 2024, för områden i sin helhet hänvisas till handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (dnr: VON/2023:132).

Resultatet av årets prioriterade åtgärder, där status finns presenterade i trafikljussymboler, är fördelade enligt följande:

Status	Resultat 2024
	44 % (8 st)
	50% (9 st)
	6% (1 st)

**Analys:** Varje status har en egen fördjupad analys genomgående i dokumentet. Det som kan anses positivt är att det nu bara är ett område (6%) av de prioriterade områdena som inte har påbörjats utifrån den handlingsplan som antogs 2023. I det området har verksamheterna bedömt att andra arbetsområden behövt prioriteras högre men arbetet kommer att fortgå under 2025.

Av de prioriterade områden som är påbörjade men inte färdigställda finns flera orsaker till detta. En är att då arbetet innehåller styrande nationella dokument där publicering har försenats. I vissa prioriterade områden har verksamheterna påbörjat arbetet men sedan fått lov att prioritera andra, mer angelägna arbetsområden, varför arbetet inte kunnat slutföras som planerat. I vissa prioriterade områden har de åtgärder som genomförts inte haft tillräcklig effekt varför området bedömts inte ha uppnått tillräcklig effekt på patientsäkerheten för att anses färdigställt.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

2025 års prioriterade åtgärder återfinns i den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (2023–2025). Då detta är det sista året för den lokala handlingsplanen så kommer det under året ske ett förberedande arbete inför revidering av handlingsplanen. Den nationella handlingsplanen gick ut 2024, enligt Socialstyrelsen kommer en revidering av denna att ske under våren 2025. Tillsvidare gäller den nuvarande nationella handlingsplanen och Socialstyrelsen har informerat att det inte kommer att bli några större förändringar utan samma grundläggande förutsättningar och fokusområden som tidigare. En likande plan finns inför revideringen av den lokala handlingsplanen.

I dagsläget pågår många samverkansprojekt i länet, både mellan Region och kommun och mellan kommuner. I det länsgemensamma arbetet kommer fokus att ligga på den nya överenskommelsen gällande hälso- och sjukvård, som beslutades av Länsstyrgruppen hösten 2024. Detta är en del i

arbetet mot omställningen till Nära Vård och beräknas uppta en stor del av verksamheternas arbete under 2025.



## Begreppsförklaring för lokal struktur

Verktyg	Beskrivning
<b>Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet</b> (Socialstyrelsen)	Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
<b>Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet</b>	Kommunen har tagit fram en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet innehållande principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet, utifrån den nationella rekommendationen.
<b>Utvecklingsplaner på socialförvaltningens enheter</b>	Utvecklingsplaner ägs av enheterna där enhetschef är huvudansvarig. I utvecklingsplanerna skapar enheterna aktiviteter utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen.
<b>Analysverktyg (NSG patientsäkerhet)</b>	För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård.
<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 egenkontrollplanen, för att skapa en översikt över årets inplanerade kontroller och åtgärder.
<b>Patientsäkerhetsrapport (PSR)</b>	Erhålls till vårdgivaren två gånger per år (vår och höst) för att främja vårdgivarens preventiva arbete när det kommer till patientsäkerhetsarbetet.
<b>Patientsäkerhetsberättelse (PSB)</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>• Ansvarar för:             <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 läkemedelshandling</li> <li>○ Utredda enligt lex Maria vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada</li> </ul> </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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De överlämnade ledningsuppgifterna för Kvalitetsombud HSL är:             <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> </ul> </li> <li>• Ingår i samverkansgrupp för kvalitetsombud HSL</li> </ul>
Legitimerad hälso- och	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarar för:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen</li> </ul> </li> </ul>

sjukvårdspersonal	<ul style="list-style-type: none"> <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 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter</li> <li>○ att följa rutiner och givna ordinationer</li> </ul> </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 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> <li>• Introducera nyanställda och vikarier om vårdhygieniska rutiner Tillsammans med enhetschef ansvara för att genomföra egenkontroller och utifrån resultat planera 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>• Teamträffar med personal på SÄBO, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/fysioterapeuter hålls regelbundet på varje enskilt SÄBO för att säkerställa en ökad samverkan <ul style="list-style-type: none"> <li>○ På teamträffar görs även regelbundet riskbedömningar utifrån Senior Alert samt skattningar enligt BPSD för att bedriva ett förebyggande arbetssätt</li> </ul> </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.
Länsstyrgrupp	Länsstyrgruppen är ett beslutande organ i Sörmlands närvårdsstruktur 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.
Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård	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.
Patientsäkerhetsdialog	Patientsäkerhetsdialogerna syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för boende på SÄBO. Dialogerna är ett komplement till uppföljningen av samverkansavtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Det är inte en granskning eller revision, och det handlar inte om enskilda patienter. Diskussionen sker utifrån verksamhetens behov och ett strukturellt perspektiv.  Beslut att genomföra patientsäkerhetsdialoger är taget av Länsstyrgrupp 2023.
Vårdhygien, Region Sörmland	Flens kommun har tillsammans med övriga kommuner i Sörmland ett ramavtal med Regionens Vårdhygien gällande stöd i vårdhygieniska frågor. Vårdhygien håller utbildningar i bl.a basala hygienrutiner för chefer och hygienombud i socialförvaltningens vårdverksamheter.
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.
Avvikelse rapportering	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.
Utskrivningsprocess från slutenvård	För att säkerställa samverkan mellan Region och kommuner vid utskrivning från slutenvård har en utskrivningsprocess tagits fram under våren 2024 utifrån lagen om utskrivningssamordning. Processen är under pågående implementering.
Överenskommelse hälso- och sjukvård i samverkan	För att förstärka "Avtalet om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget (Regionen) och kommunerna i Södermanlands län" och i linje med nära vård har en överenskommelse tagits fram. Överenskommelsen är beslutad i Länsstyrgrupp och börjar gälla i november 2024. Implementering pågår hos både kommun och Region.