

Patientsäkerhetsberättelse för Osby kommun År 2023



Datum 240301

Ansvarig för innehållet Inger Andersson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Elin Lennartsson Enhetschef rehab

Diarienummer 2024-43

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Kvalitetsregister.....	12
Senior Alert.....	12
BPSD-registret	13
Palliativ registret	14
Egenkontroll	15
Avvikelsehantering	15
Fallolyckor	15
Läkemedel	17
Externa avvikelser	17
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler.....	18
Trycksårsmätning	19
Svenska HALT.....	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu.....	22
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Avvikelser	23
Klagomål och synpunkter	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

Under 2023 har arbete med patientsäkerhetsarbetet enligt planerade mål för 2022 bedrivits.

Covid-19 pandemin som präglat samhället de senaste 3 åren är numera en del i det dagliga arbetet och periodvis har det varit mindre utbrott som hanterats utifrån Vårdhygiens rutiner. Det förebyggande arbetet har därav emellanåt fått stå tillbaka. I slutet av året sågs en ökning av insjuknande i Sverige och munskydd i patientnära arbete infördes på inrådan av Vårdhygien i alla verksamheter. En stor del av det förebyggande arbetet har varit de vaccinationer som utförs på hösten mot covid-19 samt säsongsinfluensa.

Det förebyggande arbetet med riskbedömningar inom fall, nutrition, munhälsa och trycksår via registret Senior Alert visar på fortsatt goda resultat med ett väl implementerat teamarbete.

För att uppnå följsamhet till det förebyggande arbetet med att förhindra smittspridning enligt Socialstyrelsens nya föreskrift HSLF-FS 2022:44, har en rutin upprättats under året och planering för implementering under 2024 pågått.

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) har startat upp på vård- och omsorgsboende enligt målsättning för 2023.

För att möta upp Nära Vård och Vårdsamverkan har det lokala arbetet med vårdsamverkan gemensamt med vårdaktörerna i Osby kommun intensifierats. Nytt arbetssätt krävs för att under 2024 samarbeta, när vården mer och mer kommer bedrivas i patientens egen bostad och mobila närsjukvårdsteam kommer starta upp. Enhetschefer för hälso- och sjukvården, områdeschef samt medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) har genomfört SKR:s ledarskapsutbildning Nära Vård under våren 2023.

Rutiner och processer enligt SOSF 2011:9 har varit i fokus. Ett arbete med att genomlysna och revidera befintliga rutiner och processer har pågått med delaktighet från verksamheterna.

Målen för utförd validerad smärtskattning samt utförd och dokumenterad munhälsobedömning vid vård i livets slut har inte uppnåtts.

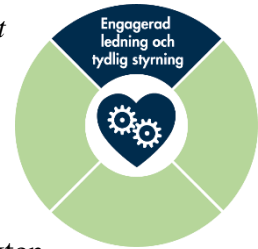
Arbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet via verksamhetssystemet Treserva, har försvårats då utredningar och statistik inte kunnat genomföras på ett strukturerat sätt. Flertal utbildningar har genomförts. Detta har lett till att användningen av befintligt system, under 2024, kommer ses över.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lämnade under 2023 återkoppling på de åtgärder som behöver uppnås efter granskningen på vård- och omsorgsboende 2022. Handlingsplan har upprättats inom områdena: delegeringar, rapporteringsstöd, språkombud, introduktionsmaterial och läkemedelsgenomgångar.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att patienten ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Det innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens.

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Patientlagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivarens ansvar

Högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är hälsa och omsorgsnämnden i Osby kommun. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa en hög patientsäkerhet, god kvalitet i vården samt följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarar, tillsammans med verksamhetschef och områdeschef, för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för kvalitet- och ledningssystem med rutiner och processer. Dessa ska ligga till grund för verksamheterna för att uppnå en god patientsäkerhet.

MAS ansvarar, enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 2017:80, för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, och
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:

- a) läkemedelshantering,
- b) rapportering enligt 6 kap patientsäkerhetslagen, och
- c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Områdeschefens ansvar

Områdeschefen ansvarar för att leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner. Den ska också vara drivande i det systematiska kvalitetsarbetet och se till att rutiner och processer gällande hälso- och sjukvården är väl kända i strategiska ledningsgrupper i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Denne ska dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetschefen ansvarar för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen har i detta syfte rapporteringsskyldighet, vilket innebär att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (PSL 6 kap 4:e paragrafen). De ansvarar för att arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik samt följa de rutiner och processer som beslutats.

Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare, exempelvis när de, med delegering från legitimerad yrkesutövare, utför en arbetsuppgift. De ansvarar för att följa de rutiner och processer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

Stödfunktioners ansvar

- Den regionala primärvården ansvarar för läkarmedverkan och tillgång till rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala primärvården, såväl i ordinärt som vård- och omsorgsboende.
- Region Skånes vårdhygien ansvarar för kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner i vårdhygienfrågor. Smittskydd Skåne ansvarar för regelbundna samverkansmöten för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Skånes kommuner.
- Patientnämnden ansvarar för att inkomna synpunkter återförs till kommunen som i sin tur kan analysera och åtgärda för ökad patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- hälso- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%88Arden-i-Ska%CC%88Ane.pdf>),
- överenskommelse om palliativ vård i Skåne,
- överenskommelse om habilitering i Skåne,
- ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom,
- lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby,
- lokalt avtal om läkarmedverkan med Kry vårdcentral,
- regelverk för tandvårdsstöd i Skåne, och
- Nära Vård – Vårdsamverkan, handlingsplan 2022–2025 ([Nära Vård - Vårdsamverkan Skåne \(xn--vrdsamverkanskne-dobn.se\)](#)).

Befintliga processer för samverkan:

- ledningsgrupper på strategisk nivå,
- teamträffar inom kommunens verksamheter,
- intern samverkan på enheten mellan legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal för att få en säker och trygg omvårdnad för patienten,
- Mina planer, digital planeringsprocess mellan region, primärvård och kommun som syftar till trygghet och säkerhet i vårdens övergångar,
- IHOPA-möten, dagliga teams-möte i utskrivningsprocessen med Hässleholms sjukhus. Syftet är att samordna insatserna inför utskrivning samt förbättra kommunikationen,
- samverkans forum på delregional strategisk och operativ nivå,
- lokal samverkan med representanter från vårdcentralerna, närsjukvården Hässleholms sjukhus, psykiatri Kristianstad, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt enhetschefer (EC) chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) från kommunen. Deltagarna träffas regelbundet gällande följsamhet och arbetssätt i vårdsamverkan,
- Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS). Medlemskommunerna samarbetar kring hjälpmedelshantering gällande inköp, lagerhållning, teknisk service, rådgivning/utprovning, recirkulation, distribution, utbildning, utveckling, information, upphandling, ekonomisk redovisning, IT-stöd. Ledningsgrupp med representanter från alla medlemskommuner träffas regelbundet,
- Samordnad individuell plan (SIP), upprättas tillsammans med patienten vid behov av insatser från socialtjänst samt hälso- och sjukvård med syfte att utifrån patientens behov och önskemål skapa en helhetsbild och samordna patientens vård mellan verksamheterna,
- Beslutsstöd VISAM är ett verktyg för sjuksköteror som används när patienten försämrats i sitt hälsotillstånd. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, vård ska ges på rätt vårdnivå samt att informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras,
- Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten då behörig personal efter samtycke från patienten kan ta del av dennes journal hos annan vårdgivare, och
- uppsökande tandvård. Avgiftsfri munhalsbedömning kan ges till de patienter som kommunens hälso- och sjukvård har ansvar för i syfte att kvalitetssäkra munhälsa.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

En ny rutin har upprättats för genomförande av loggkontroller i kommunens verksamhetssystem. Tillämpning av denna har påbörjats. Ett behov av blanketter för beställning och avslut av användarbehörigheter till kommunens verksamhetssystem har identifierats och arbetet med detta har påbörjats.

Det har under året uppmärksammats ett behov av struktur för genomförande av journalgranskning. Arbeta med detta planeras under 2024.

Meddelanden, innehållande patientuppgifter, skickas på ett säkert sätt inom kommunens verksamhetssystem Treserva. Verksamheten har regelbundet digitala möten, internt och externt, där patientuppgifter diskuteras. Det finns behov av ett verktyg för att genomföra säkra digitala möten, vilket kommer lanseras under 2024.

Kommunens arbete med GDPR görs med stöd av dataskyddsombud och dataskyddsteam från Sydarkivera. Kommunen har en egen dataskyddsamordnare som arbetar med övergripande frågor gällande dataskydd. Varje förvaltning har också egna GDPR-ombud som praktiskt arbetar med dataskyddsfrågor inom respektive område.

Rehabenheten i Osby kommun har tillsammans med de andra kommunerna i Hjälpmedelscentrum Östra Skåne infört ett nytt informationssystem för beställning och hantering av medicintekniska produkter. Det nya informationssystemet medför möjlighet att följa regelverket för medicintekniska produkter (MDR) gällande spårbarhet och dokumentation, vilket inte har kunnat följas i tidigare system. Införandet av systemet har tagit längre tid och mer resurser än beräknat och det kvarstår ännu arbete för att optimera systemet och göra det mer användarvänligt.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. En god säkerhetskultur bygger på verksamhetens gemensamma värderingar relaterade till arbetsmiljö och säkerhet. En god säkerhetskultur innebär att samtliga anställda har kännedom om eventuella risker och arbetar aktivt för att förebygga dem. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Kvalitet och ledningssystem

Rutiner och processer finns beskrivna på kommunens intranät. Där finns även länkar och informationsmaterial, som stöd för god och säker vård.

Verktyget Stratsys finns tillgängligt för chefer. Detta som stöd till det systematiska förbättringsarbetet med nulägesanalyser, checklistor samt egenkontroller

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering i verksamhetssystemet är en grund där rapportör och utredare tillsammans har en viktig roll att rapportera avvikande händelser, analysera och åtgärda händelser på individ- och organisationsnivå. Frågeställningarna *Vad har hänt? Varför har det hänt?* samt *Hur gör vi för att det inte ska hända igen?* ska genomsyra detta arbete.

Verksamhetsmöte

I verksamheten hålls regelbundna forum på olika nivåer, för att planera vården, säkra en god arbetsmiljö, diskutera förbättringsåtgärder samt återkoppling av avvikande händelser. Detta i form av ledningsgrupper, teamträffar, arbetsplatsträffar samt planeringsdagar.

Riskanalyser

Ska göras vid förändringar, både organisatoriskt utifrån arbetsmiljö och utifrån eventuell påverkan av patientsäkerheten.

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.

Det bedrivs kompetensutbildning på alla nivåer. En kompetensplan är framtagen för 2024–2026.



Äldreomsorgslyftet

Den nationella satsningen har möjliggjort att omvårdnadspersonal kan utbilda sig till undersköterska och specialistundersköterska på arbetstid. Denna satsning kommer fortgå under 2024.

Vård- och omsorgscollege

Förening för samarbete mellan arbetsgivare, utbildningsaktörer och fackliga organisationer inom den privata och offentliga vården och omsorgen som möjliggör en modern utbildning som leder till anställningsbarhet.

Specialistsjuksköterskor

Under året har två specialistsjuksköterskor inom äldrevård utbildats. Under 2024 kommer en sjuksköterska utbilda sig till specialist inom psykiatri.

Tillitsbaserat ledarskap

För att säkerställa kunskap och förståelse om förbättrings- och implementeringsarbete strävas det efter att personal har stor delaktighet i förändringsarbete.

Inför delegering

All personal genomgår en webbutbildning inför ett fysiskt utbildningstillfälle som hålls av legitimerad sjuksköterska. Efter utbildningen görs ett skriftligt kunskapstest och en praktisk genomgång hålls av sjuksköterska innan personalen kan erhålla delegering.

Webbutbildningar

I Stratsys finns årshjul med återkommande utbildningar som ska genomföras.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att informera personal på enheten enligt fastställda årshjul om läkemedel/palliativ vård, basal vårdhygien, samt smittskyddsfrågor/vårdhygien.

Ombud

Inom hälsa och omsorg finns olika uppdrag för personalombud med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden.

Handledare

Verksamheten utbildar handledare enligt vård- och omsorgscollages modell för handledare steg 1 och 2. Idag finns ett antal handledare och fler kommer att utbildas under 2024.

Rehabpersonal

Legitimerad personal från rehabenheten deltar regelbundet i utbildningar via Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) för att bibehålla och tillgodogöra sig ny kompetens inom områdena förflyttning och hjälpmedel. Legitimerad personal samt hjälpmedelsassistent deltar även regelbundet vid hjälpmedelsvisningar för att hålla sig uppdaterade kring aktuellt upphandlat sortiment.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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.



Samordnad individuell plan (SIP)

För att få patienter delaktiga i vården ska SIP göras vid inflyttning till särskilt boende, inskrivning i mobilt vårdteam eller vid förändringar i vården. Patienterna är delaktiga i planeringen och närstående bjuds in att delta. Vid en SIP planeras vården för patienten på ett strukturerat sätt och det beslutas vem som ska göra vad vid eventuell förändring i hälsotillståndet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

Alla patienter som har kommunal hälso- och sjukvård har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

med ansvar för bedömning, planering och genomförande av den vård som beslutas.

Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten.

Personcentrerat arbetssätt med individuell målsättning i hemtjänst

Hemtjänstorganisationen och legitimerad personal har tillsammans inlett ett nytt arbetssätt i teamen för att tillvarata vårdtagarnas förmågor och utföra insatserna på ett mer personcentrerat sätt. Teamen arbetar med att, tillsammans med vårdtagaren, identifiera rimliga målsättningar och lägga upp strategier för att nå dessa. På detta sätt ska vården bli mer personcentrerad och insatserna ska ges på en korrekt nivå.

ADL-bedömning vid biståndsbeslut

Samarbetet mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut, där ADL-bedömning utförs av arbetsterapeut i samband med biståndsbeslut, har fortsatt som tidigare. Arbetssättet ger förutsättningar för den enskilde att bibehålla sin självständighet längre och ger kommunen möjlighet att ge insatser på en korrekt nivå samt upptäcka risker i ett tidigare skede och förebygga dessa.

Kontaktmannaskap

Inom hälsa och omsorg ska alla patienter ha en kontaktman för att öka möjligheten att ta tillvara sina intressen och önskemål samt för att få en ökad livskvalitet och individualiserad vård.

Patientens självbestämmande respekteras och kontaktmannen ska värna om en god relation med närstående, respektera närståendes delaktighet och ansvar för vissa uppgifter.

Kontaktmannen ska representera kontinuitet och trygghet för patienten. Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten. Kontaktman kan vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående kan framföra sina synpunkter och klagomål direkt till verksamheten. Om de inte vill framföra det direkt till verksamheten kan de göra det via kommunens allmänna synpunktshantering på kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas.

Samtycke

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier och vårdgivare hämtas från patienten

för att säkra vården, även samtycke för att informera närstående inhämtas. Patienten tillfrågas också om samtycke till nationell patientöversikt, NPÖ och till användande av vårdpärm. Ett

samtycke kan begränsas till viss information och till vem information får lämnas. Patienten har rätt att återkalla sitt samtycke helt eller delvis när helst patienten önskar.

Kommunala pensionärsrådet (KPR)

Chefer från förvaltningsledningen för kommunal hälso- och sjukvård träffar regelbundet KPR för att ge möjlighet till ett informations- och kunskapsutbyte mellan verksamheten och KPR.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

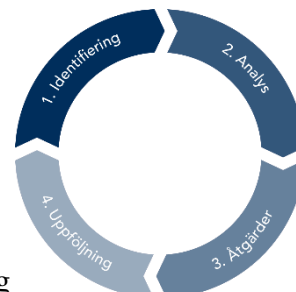
Kvalitetsregister

Senior Alert

Resultat

I det förebyggande arbetet används det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för riskbedömning, åtgärdsplanering och uppföljning för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Bakomliggande orsaker och åtgärdsplanering diskuteras på teamträffar. Det är ett viktigt preventivt arbete för att förhindra och minska vårdskador.

Nedan tabell visar resultat av riskbedömningar de senaste åren. För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning.



Tidsperiod	Riskbedömningar	varav risk	Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
			... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts	
			N	%	N	%	N	%
2023	348	316	263	83	302	96	272	91
2022	357	331	320	97	323	98	283	92
2021	387	361	346	96	355	98	339	91
2020	421	381	366	96	369	97	330	91
2019	462	417	403	97	407	98	382	93

Analys av resultat

Det goda resultatet visar på ett väl implementerat arbetssätt där alla i teamet är delaktiga. Det finns en tydlig struktur i alla delmomenten när en risk identifieras. Arbetet skulle kunna förbättras ytterligare genom riskbedömning av fler individer.

Åtgärd

En arbetsgrupp har satts samman för att, under 2024, utveckla arbetet med riskbedömningar för patienter i ordinärt boende. Ytterligare en arbetsgrupp har satts samman inom LSS-verksamheten för att testa tillämpbarheten av Senior Alert för patienter med funktionsnedsättning som är över 65 år.

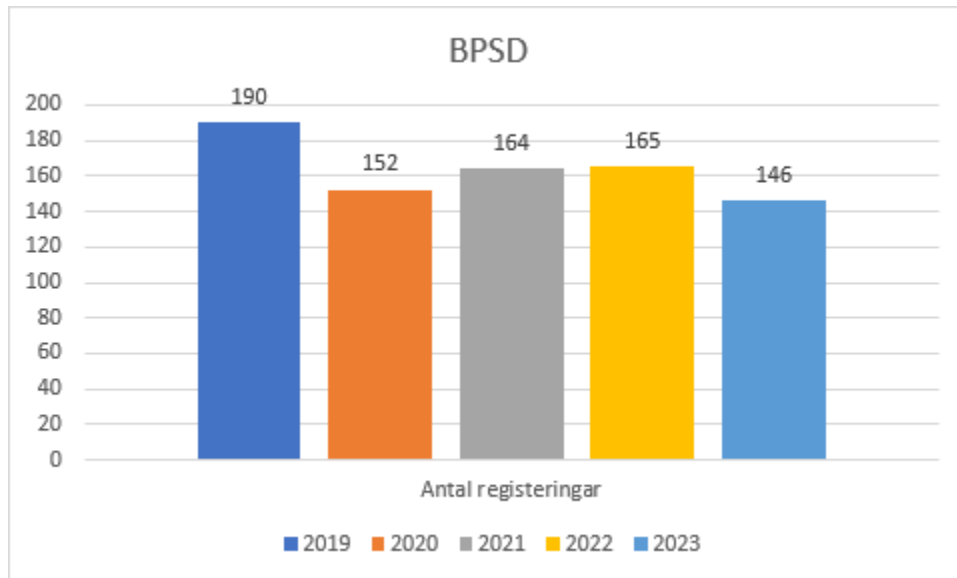
Uppföljning av åtgärd

Under 2023 var målet att öka riskbedömningar inom ordinärt boende. Det har under året påbörjats dialog om ökat införande och arbetsgrupp tillsattes med översyn av befintlig rutin och arbetssätt. Arbetet fortsätter 2024.

BPSD-registret

Resultat

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att, genom multiprofessionella vårdåtgärder, minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) vid demenssjukdom. Genom att identifiera och skatta patientens symtom vid demens med skattningsinstrument och sätta in åtgärder, kan resultatet av åtgärderna följas.



Analys av resultat

Resultatet visar på färre registreringar än i fjol. Det kan bero på att behovet av uppföljningar inte behövs så ofta. En annan orsak kan vara att det på vissa enheter saknas administratörer.

Åtgärd

Under 2023 har ett antal administratörer utbildats inom hemtjänst och sjuksköterskeorganisationen.

Uppföljning av åtgärd

Målet för 2024 är fortsatt att försöka öka antal registreringar i hemtjänsten där även en satsning på att utbilda fler administratörer gjorts.

Palliativ registret

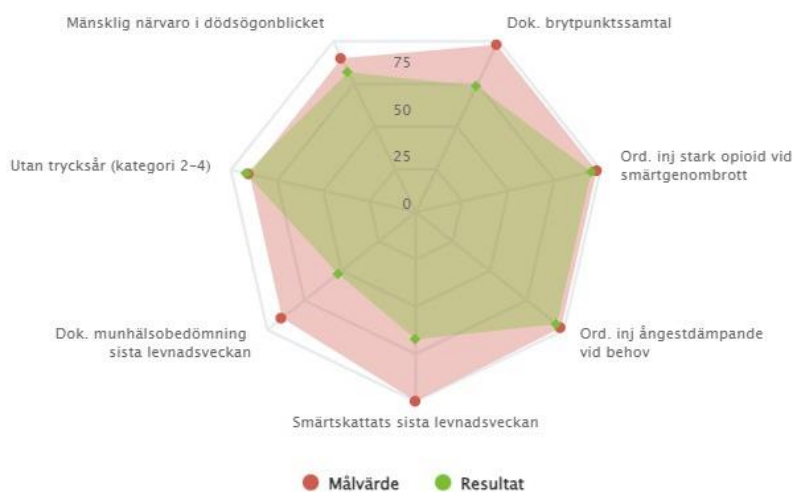
Resultat

Palliativ registret används för att förbättra vården i livets slutskede, oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Sista levnadsveckan registreras, utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Indikatorer i palliativa registret – år: (procent)	2019	2020	2021	2022	2023
Brytpunktssamtal patient	87	37	45	85	74
Brytpunktssamtal närstående	-	72	74	75	72
Utfört smärtskattning med validerat instrument	80	61	66	75	67
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	98	96	95	92	95
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	93	96	97	88	95
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	7	13	21	12	8
Någon närvarande i samband med dödsfallet	89	80	71	83	82
Erbjudande om eftersamtal till närstående	-	85	85	100	85
Munhälsobedömning	75	72	79	60	52

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 – 2023-12



Antal 61 st.

Analys av resultat

Målen att öka indikatorn för dokumenterad munhälsobedömning samt öka smärtskattning sista levnadsveckan har inte uppnåtts. Analysen visar positiva resultat gällande vidbehovsordinationer, då dessa finns i stor utsträckning.

Åtgärd

Mål för 2023 var att införa Nationell Vårdplan Palliativ vård (NVP). Det innebär en strukturerad regelbunden symtomkontroll när patienten bedöms vara i livets slutskede. En kvalitetssäkring för att optimera lindringen vid vård i livets slut. Detta infördes på vård- och omsorgsboenden under hösten 2023. Införandet föranleddes av utbildning för personal gällande vård vid livets slut.

Mål för 2024 är att närma oss målvärdet för indikatorerna dokumenterat brytpunktsamtal, munhälsobedömning och smärtskattning samt att bibehålla övriga goda resultat.

Uppföljning av åtgärd

Uppföljning av målen görs genom analys av statistik i palliativregistret.

Egenkontroll

Egenkontroll 2023	Omfattning	Källa
Sammanställning av avvikelser, fall och läkemedel	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databas
Hygienronder	1 gång per år	Ej genomfört under 2023. Tät samverkan med Vårdhygien Skåne
Loggkontroller Treserva	Slumpmässigt urval enl. rutin	Protokoll
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen, HALT- Senior Alert,
Sammanställning av trycksår	1 gång per år	Senior Alert, PPM databas
Patientens klagomål och synpunkter	1 gånger per	Patientnämnden, IVO, kommunens diarium
Extern läkemedelsgranskning	1 gång per år	Apoex, Protokoll.

Avvikelsehantering

I det systematiska förbättringsarbetet ingår registrering av avvikelser i verksamhetssystemet samt utredning av avvikelsernas art enligt rutin av ansvarig chef. Detta görs i olika interna samverkans forum som teamträffar, i ledningsteam och ibland även på arbetsplatsträffar.

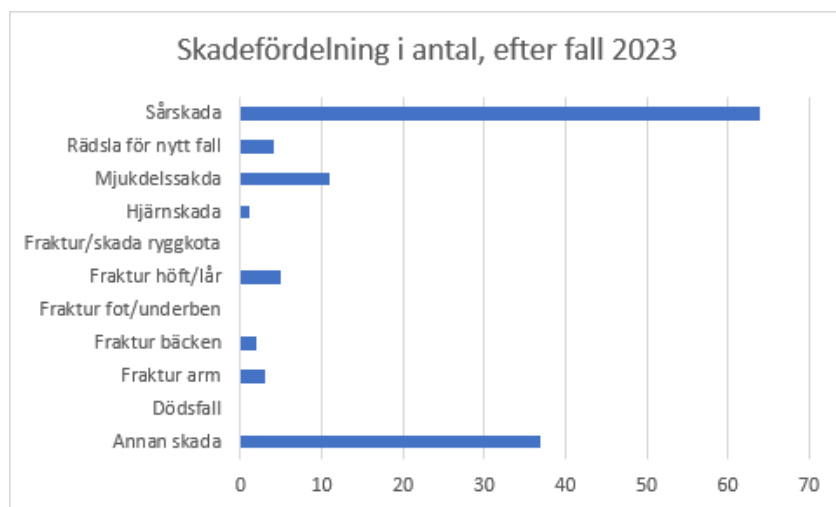
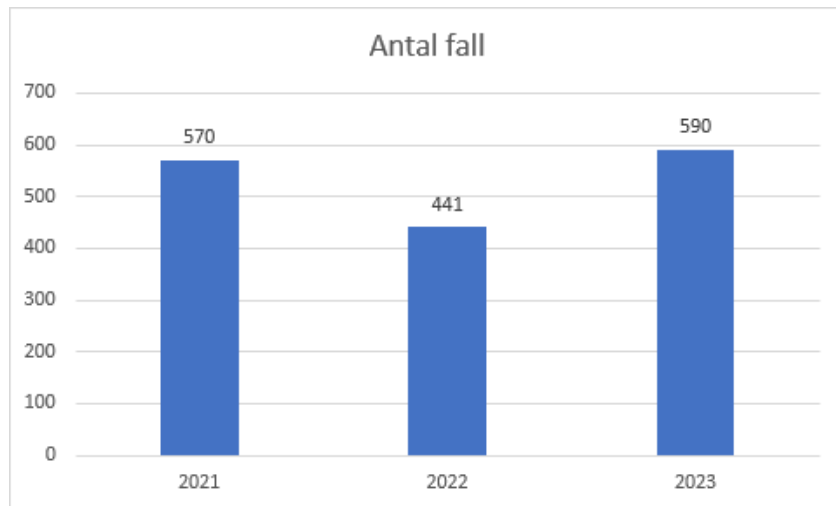
Under året har ingen Lex Maria anmälningar gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ingen anmälning har lämnats in till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicintekniska produkter.

Övervägande delen av rapporterade risker och händelser gäller läkemedelshantering och fall. Det är de områden som förknippas med patientsäkerhet och vårdskador, och därav det områden som presenteras här.

Fallolyckor

Resultat

Fallprevention är ett område som ständigt bör kvalitetssäkras. Under 2023 inträffade **590** fall varav **463** utan skada och **127** med skada. Fallrapporterna inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, glider ur stol, lyftsele eller dylikt. Fallrapport registreras även för de patienter som enbart har trygghetslarm. Möjligheten till åtgärder för dessa är begränsade.



Analys av resultat

Antalet fall har ökat sedan 2022. En orsak till denna ökning kan vara att verksamheten bytte system för avvikelshantering 2021–2022 och antalet registreringar initialt uteblev under 2022.

Åtgärd

Förbättringsförslag blir samma som under 2023, att följa fallrapporter i teamet och strukturerat analysera och besluta om åtgärder enligt framtagna rutin och process. Arbetsgrupper har satts samman för att, under 2024, utveckla arbetet med riskbedömningar för patienter i ordinärt boende samt undersöka användbarheten för patienter med funktionsnedsättning som är över 65 år.

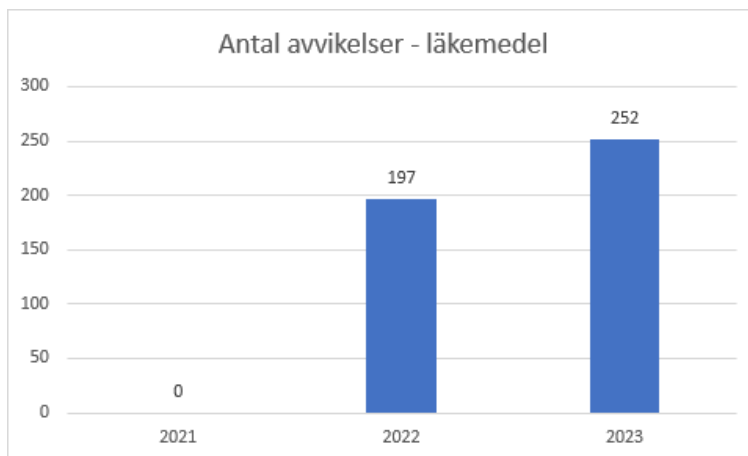
Uppföljning av åtgärd

Egenkontroll gällande avvikelshantering kommer ske under 2024.

Läkemedel

Resultat

Antalet registreringar av avvikelser gällande läkemedel har ökat sen 2022.



Analys av resultat

Det är i processen överlämnande av läkemedel som flest avvikelser sker, framförallt att en dos blir glömd att ge. Digital signering är införd sen flertal år som åtgärd. Statistiken kan även indikera att verksamheten arbetar aktivt med registrering av avvikelser samt analys.

Åtgärd

Fortsatt arbete med analyser ska ske i verksamheternas olika samverkans forum. Fokus på teamarbete med chef som ansvarig för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning av åtgärd

Egenkontroll gällande avvikelshantering kommer ske under 2024.

Externa avvikelser

Resultat

Samtliga inblandade vårdgivare är ansvariga att dokumentera avvikelser för uppkomna händelser i samverkan. Identifierade händelser bör analyseras i samverkansforum mellan vårdgivare. Flest avvikelser som skickas från Osby gäller samverkan i övergången mellan vårdgivare.

Avvikelser till	2019	2020	2021	2022	2023
Psykiatri, Kristianstad	0	0	0	1	1
Ambulans	0	1	0		2
ASIH	1 (2)	1	(1)		0
Centralsjukhuset, Kristianstad (CSK)	19	6	6	11	13
Sjukhuset, Hässleholm	1	2	0	1	3
Primärvård	1	0	0		1
Skånetrafiken		1	1	1	4
Totalt	26	14	11	14	24

Analys av resultat

Flest avvikelser är till CSK. En framgångsfaktor med Hässleholms sjukhus är de dagliga digitala IHOPA-mötena. På dessa korta avstämningsmöten delas information och planeringen för patienter som är utskrivningsklara inom kort.

Åtgärd

Planering pågår för att avstämningsmöten, liknande IHOPA-mötena, ska startas upp även med CSK.

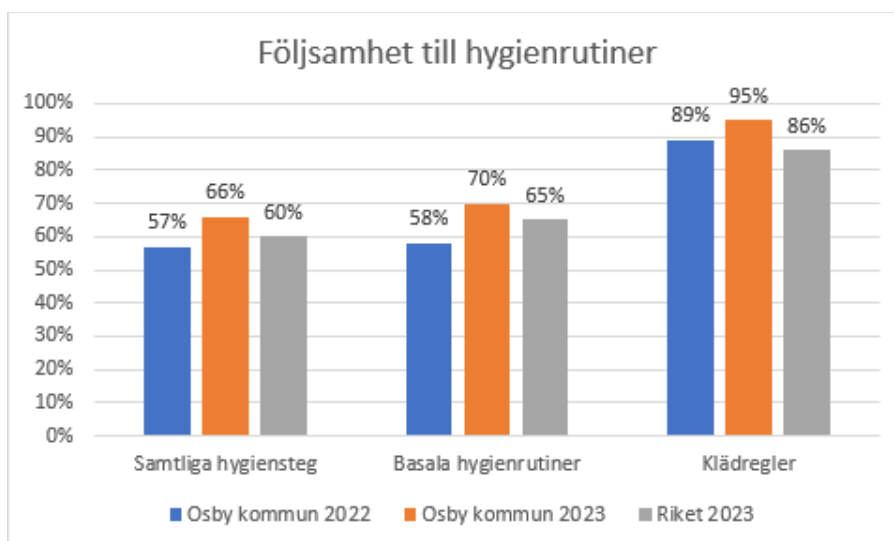
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

Resultat

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomförs en gång om året genom observation av personal vid arbete med omvårdnad, undersökning och behandling.

I kommunen har observationer utförts på fem äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård i Lönsboda respektive Osby. Sammanlagt 7 enheter med totalt 85 observationer.

Resultatet för Osby kommun i sin helhet visar en följsamhet på 66 % i samtliga steg. I de steg som innefattar hygienrutiner och klädregler är följsamheten 70 % respektive 95 %. Nedan visas tabell för de olika momenten i observationen.



Analys av resultat

Samtliga steg i följsamhet har ökat, jämfört med 2022. Klädregler visar på högst resultat. Utmaningen är att öka följsamhet till hygienrutinen dvs användning av handdesinfektion, korrekt användning av handskar samt följsamhet till användning av plastförkläde vid kontakt med kroppsvätskor.

Åtgärd

Resultaten har presenterats enhetsvis för respektive chef som därefter ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet med förbättringsåtgärder.

Under 2024 kommer hygienombud samt ansvariga hygiensjuksköterskor implementeras med framtagen rutin och uppdrag. Detta arbetssätt är framtaget efter att Socialstyrelsens författning gällande smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44) trädde i kraft under 2022. Enligt författningen ska den som bedriver verksamheten fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. Rutinerna bör avse hur smitta ska förebyggas, hur smittspridning ska förhindras i verksamheten och vem som ansvarar.

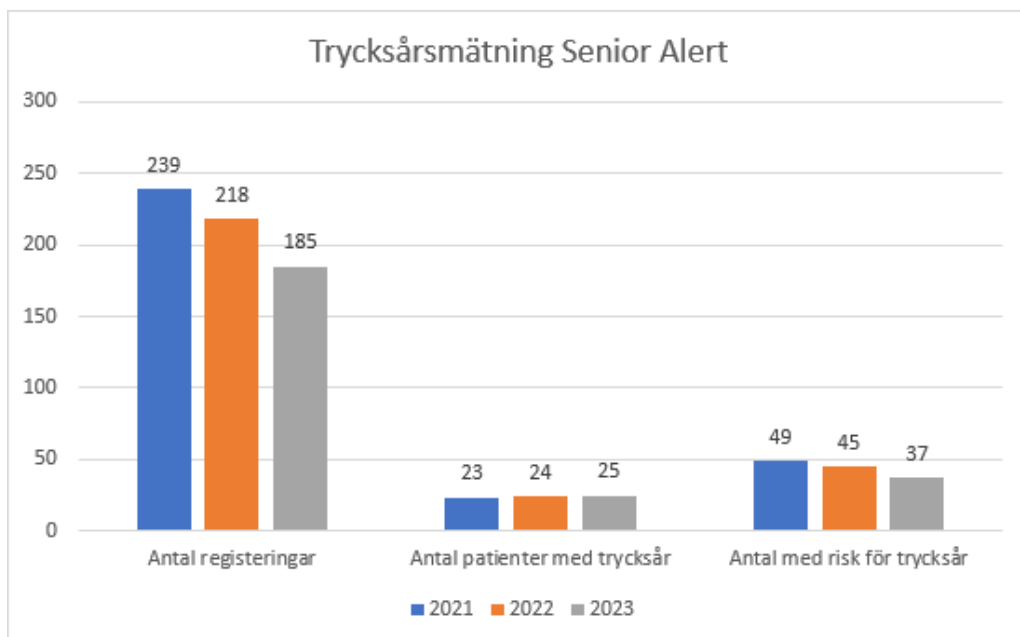
Uppföljning av åtgärd

Egenkontroll enligt rutin Förebygga och förhindra smittspridning.

Trycksårsmätning

Resultat

Punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår sker en gång om året. Syftet är att kartlägga risk för och förekomst av trycksår. Resultatet ska användas i förbättringsarbete beträffande riskbedömningar, åtgärder och dokumentation. Mätningen genomförs på särskilt angiven dag genom att hudbedömning görs på de patienter som har en registrering i kvalitetsregistret Senior Alert. Såren mäts i kategori 1–4, från lättare skador som rodnad i huden till mer djupare sår.



Analys av resultat

Antalet registreringar har minskat de senaste åren. Antalet patienter med trycksår är ungefär det samma. Antalet med risk för trycksår har också minskat de senaste åren. Detta kan bero på 2 anledningar, färre personer med risk eller att färre registreringar gjorts i Senior Alert.

Åtgärd

Som tidigare nämnts kommer under 2024 arbetet med riskbedömningar för patienter i ordinärt boende samt inom boende för funktionsnedsättning över 65 år utvecklas. En arbetsgrupp kommer arbeta med det preventiva arbetet av trycksår samt arbetssätt vid upptäckt av trycksår. Utbildningsplan gällande trycksårsprevention för omvårdnadspersonal ska tas fram under året.

Uppföljning av åtgärd

Verksamheten ska fortsätta att delta i PPM av trycksår för att kunna använda resultat till det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Svenska HALT

Resultat

Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska användning av antibiotika och därpå risk för ökning av antibiotikaresistenta bakterier anses både nationellt och internationellt som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna. Svenska HALT är en punktprevalensmätning gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning hos patienter. Riskfaktorer är bland annat urinkateter, kärlkateter, trycksår och andra sår. En stickprovsundersökning görs på angiven dag på vård- och omsorgsboende på de patienter som har en registrering i Senior Alert.

Mätningen görs i samarbete med Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och nationella Strama med syfte att stimulera kvalitetsarbete kring vårdrelaterade infektioner.

Analys av resultat

Mätningen utfördes under hösten 2023 på kommunens samtliga äldreboende och totalt bedömdes 133 patienter. Antal patienter med antibiotika var 7 st. Av dessa var 4 patienter under terapeutisk behandling och 3 patienter var behandlade i profylaktiskt syfte. Det fanns 2 patienter med bekräftade infektioner förvärvade på boendet men utan antibiotikabehandling,

Uppföljning av åtgärd

Verksamheten ska fortsätta att delta i HALT mätningen för att kunna använda resultat till det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

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.



Har vården varit säker

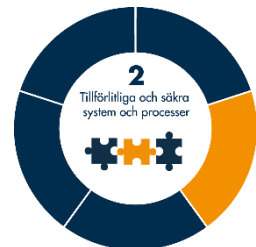
I arbete med det systematiska patientsäkerhetsarbetet används avvikelssystemet som ett redskap. Avvikande händelser registreras och bedöms utifrån allvarlighetsgrad. Medicinsk ansvarig sjuksköterska blir inkopplad på händelser som, av ansvarig enhetschef, bedömts vara av allvarlig karaktär enligt riskmatris. Händelseanalys används för att få fram en helhetsbild av händelsen. Händelseanalys beskriver händelseförloppet, bedömning enligt riskmatris, identifiering av konsekvenser och aktuella rutiner som finns samt en beskrivning av bakomliggande orsaker till händelsen. Utgångsläget är frågeställningarna. *Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur gör vi för att det inte ska hända igen?*

Under 2023 har tre händelseanalyser gjorts. Två utifrån interna avvikelser samt en utifrån extern avvikelse från sjukhuset. Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig vårdskada, utan bedömningen har varit risk för vårdskada.

Identifierade riskområden görs via avvikelser som registreras inom verksamheten samt externa avvikelser. Övriga riskområden identifieras via egenkontroller, kvalitetsregister och PPM mätningar.

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 bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Verksamheten använder sig av bland annat kvalitetsregister i syfte att identifiera risker hos patienter. Kvalitet- och ledningssystemet ska innehålla processer och rutiner som stöd för att bibehålla god kvalitet och patientsäkerhet. Egenkontroller i systemet Stratsys kommer att utvecklas under 2024 som en del i att identifiera risker.

Ett av kommunens vård- och omsorgsboenden har deltagit i studien säkra personförflyttningar. Studiens syfte var att främja säkra personförflyttningar och samtidigt en sund arbetsmiljö. En arbetsgrupp har jobbat strukturerat enligt en guide som tagits fram för studien. Några av de åtgärder som utfördes under studiens gång var uppdatering av blankett för riskbedömning, upprättande av rutin för arbetstekniska hjälpmedel, framtagning av ny modell för att säkerställa att information kopplat till förflyttning mottagits samt förändring av upplägg för utbildning i förflyttningskunskap.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Bemanning är ett identifierat område inom alla personalkategorier som skulle kunna innebära en risk om det inte finns den bemanning som behövs för att ge god och säker vård. För att ge god och säker vård krävs också personal med rätt kompetens, vilket är och kommer bli en utmaning. Störst påfrestningar är detta i verksamheterna under sommarmånaderna.

Vid nyanställning finns alltid en inlärningsperiod innan personal får kännedom om aktuella rutiner och processer som finns. Det kan förekomma risker om det finns personal med språksvårigheter vilket kan innebära svårigheter att förmedla och ta till sig information för att kunna utföra sitt arbete korrekt.

En tydlig dialog med patienten, samverkan internt inom kommunen samt externt är en viktig förutsättning för att kunna ge patienten en god och säker vård. Det krävs väl uppbyggda informationsflöde mellan olika aktörer för att möta patientens behov på bästa möjliga sätt och framförallt i vårdens övergångar. För informationsöverföring mellan vårdgivare används verktygen Mina Planer och NPÖ.

Det kommer ställas krav på förutsättningar i kommunerna för att möta digitala och tekniska lösningar i framtiden. Detta utifrån att teknisk utrustning framöver mer kommer kopplas direkt till patient och blir en del av god och säker vård.

Leveranserna av medicintekniska produkter från HÖS påverkades negativt, i form av längre leveranstider, i samband med bytet av informationssystem för beställning och hantering av medicintekniska produkter. Leveranstiderna för medicintekniska produkter, så som vissa typer av rollatorer och hygienhjälpmedel, har haft onormalt lång leveranstid under året på grund av tillverkningsproblem hos leverantören.

Riskhantering

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

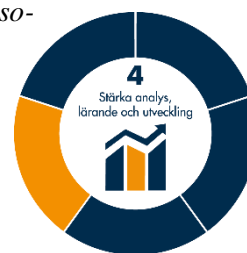
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden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

Risakanalys ska ingå som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Efterhand som egenkontroller i verksamhetssystemet Stratsys implementeras kommer riskanalyser bli en mer kontinuerlig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelsehanteringssystemet är ett stöd, där risker analyseras och åtgärdas. Riskanalyser ska vara en del i det preventiva arbetet vid organisatoriska förändringar, som kan påverka arbetsmiljö och patientsäkerhet.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Genom att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete som leds av ansvarig chef. Där analyser, åtgärder samt uppföljning görs. Vid exempelvis avvikelshantering, återkopplingar från Lex Maria och Lex Sara anmälningar, resultat från egenkontroller, nationella register samt olika kvalitetsmätningar säkerställs det att verksamheten är en lärande organisation.

Avvikelser

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

När en händelse avviker från förväntad vård och omsorgsförlopp registreras detta som en avvikelse i verksamhetssystemet av den personal som uppmärksammat händelsen eller risken för en avvikande händelse. Registreringen skickas automatiskt till ansvarig enhetschef där händelsen inträffat. Enhetschef har huvudansvaret för analys och eventuell fördelning av analys till de professioner som är berörda av avvikelsen. Bedöms avvikelsen som allvarlig konsulteras berörd utredare utifrån riskmatris som används vid händelseanalysen.

För att verksamheten ska få ett aktivt lärande utifrån de avvikelser som inträffar ska enhetschefen regelbundet ta upp dessa, exempelvis på teamträffar, arbetsplatsträffar och/eller ledningsgrupper. Se tidigare beskriven tabell över avvikelser, interna och externa.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter utreds på samma sätt som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via möte, telefon, brev, mail eller via det allmänna systemet för hantering av klagomål och synpunkter som finns på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas.

Förtroendefrågor, klagomål och synpunkter från Patientnämnden och IVO hanteras av områdeschef och MAS. Externa avvikelser är MAS kontaktperson för och utreds av den enhet det berör på samma sätt som de interna avvikelserna.

Under 2023 har ett ärende inkommit till IVO som skickats vidare till kommunen. Patientnämnden har tagit emot ett ärende från kommunen.

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.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Det finns en god planering för att uppnå en patientsäker vård utifrån tidigare beskrivna utmaningar, det vill säga bemanning, kompetens, informationsöverföring samt digitala och tekniska lösningar. Detta via bla flerårig kompetensförsörjningsplan som berör alla yrkeskategorier. Utbildningar för språkombud på alla enheter. Metodrum för att utbilda och träna omvårdnadsmoment. Verksamhetsplan som beskriver åtgärder för politiskt beslutade mål. Gällande läkemedelshantering, som är en stor del av hälso- och sjukvården och också innefattar delegering till omvårdnadspersonal kommer externa läkemedelsgranskningar och interna uppföljningar ske. Delegeringsprocessen kommer säkerställas.

En beredskapsanalys av förvaltningen har gjorts under 2023 och en åtgärdsplan för stärkt beredskap vid samhällsstörning har tagits fram som bl a berör personalförsörjning, förrådshållning, kommunikation, dokumentation och tillgång till transport.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utöver de som beskrivs i dokumentet under åtgärder i rubriken Agera vård, presenteras följande:

Kunskap och kompetens

För att uppnå följsamhet till det förebyggande arbetet med att förhindra smittspridning enligt Socialstyrelsens nya föreskrift HSLF-FS 2022:44, kommer under året implementering av hygienombud och hygienansvariga sjuksköterskor ske. Detta utifrån ny rutin i smittförebyggande åtgärder.

Utbildning för omvårdnadspersonal i rapporteringsstöd SBAR kommer anordnas för att säkra en strukturerad informationsöverföring till sjuksköterska.

Under 2024 kommer ett förbättringsarbete gällande Senior Alert påbörjas. Fokus kommer ligga på arbetssätt för hemtjänstorganisationen. I samband med detta kommer även nuvarande rutin ses över och uppdateras. En arbetsgrupp inom LSS kommer titta på användningsbarheten av Senior Alert för individer med funktionsnedsättning och som är över 65 år.

Infocaption är en utbildningsportal som kommer att användas för att samla utbildningsmaterial på ett strukturerat sätt. Denna portal ger möjlighet till ett förbättrat sätt att utbilda både nyanställda men även befintlig personal.

En arbetsgrupp kommer, under 2024, börja titta på det preventiva arbetet med trycksår samt arbetssätt vid upptäckt av trycksår. En utbildningsplan gällande trycksårsprevention för omvårdnadspersonal ska också tas fram under året.

En god säkerhetskultur

Nulägesanalys för patientsäkerhetsarbete i kommunen kommer påbörjas enligt Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020–2024.

Extern utbildning i kvalitet och ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 och det systematiska patientsäkerhetsarbetet kommer genomföras. Målgrupp är enhetschefer och områdeschefer. Målet är att tydliggöra det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Rutiner och processer gällande delegeringar för omvårdnadspersonal kommer gås igenom. Målet är att säkerställa tillvägagångssättet samt optimera för god och säker vård.

Rutiner och processer vid fördelning av vårdåtgärder i verksamhetssystemet Treserva kommer ses över och förtydligas. Målet med detta är att säkerställa informationsöverföring i vård- och omsorgsarbetet.

Journalgranskning kommer att införas som egenkontroll.

Se över användningen av befintligt system för avvikelshantering.

Informationssäkerhet

Loggkontroller för Nationell Patient Översikt (NPÖ), Mina Planer och Myloc ska identifieras och rutin ska uppdateras.

Ett säkert tillvägagångssätt med dokument för beställning av behörighet till ny användare samt avslut av behörighet till verksamhetssystemet Treserva kommer införas.

SEFOS, ett system för säker kommunikation och säkra videomöten utanför verksamhetssystemet Treserva, kommer lanseras under 2024.

Patient som medskapare

Påbörja dialog hur vi arbetar för att patient / närstående är delaktiga i utveckling av patientsäkerhetsarbetet

Agera för säker vård

Systematiska egenkontroller i systemet Stratsys kommer införas med målet att säkerställa det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Användning av modulen för blåsdysfunktion kommer införas på vård- och omsorgsboende som en del i det preventiva arbetet med Senior Alert.

Arbete med handlingsplan efter IVO-granskning av vård- och omsorgsboende kommer fortsätta. Fokus kommer ligga på rapporteringsstöd samt delegeringsprocess.