



Patientsäkerhetsberättelse

Söderköpings Kommun

2023



Datum 240104

Ansvarig för innehållet Mona Hedestig

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Söderköpings kommun.

Diarienummer

Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

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 2023	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	16
IVO-granskning	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18
1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet	18
2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering	19
3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet.....	19
Ordförklaringar.....	21
BILAGA 1.....	22

SAMMANFATTNING

Under 2023 har vårdverksamheterna inom äldreomsorgen och stöd- och service genomlysts utifrån patientsäkerhetsperspektivet genom en patientsäkerhetsanalys. Även patienter och patientföreträdare har involverats. Kompetens inom patientsäkerhet i organisationen är bedömd som bristfällig och en plan för ökad kompetens behöver tas fram. Läkemedelshandlingen och avvikelshanteringen är stora utmaningar i flera verksamheter och ett utvecklingsarbete har påbörjats.

Ett nytt verksamhetssystem, Lifecare, har införts och har tagit mycket resurser i anspråk och omställningen med exempelvis nya arbetssätt fortgår. Systemet är modernare än tidigare system och bedöms på sikt förbättra dokumentationen.

IVO har granskat SÄBO-verksamheterna och givit viss kritik men ärendet är avskrivet eftersom vi har presenterat en godtagbar åtgärdsplan.

Krig pågår i världen och vikten av att skapa en robust verksamhet i kris och krig har aktualiserats. Utifrån detta har tre förbättringsområden för 2024 skapats.

Vi är mycket stolta över en god bemanning och nöjda medarbetare bland legitimerad personal och alla tjänster är tillsatta. Arbetsmiljö och bemanning är viktiga förutsättningar för god patientsäkerhet.

Mål och strategier för 2023 har i stora delar inte uppfyllts. Verksamhetsutvecklingsdelar har fått stå tillbaka under införandet av det nya verksamhetssystemet, till förmån för verksamhetsutvecklingen kopplat till Lifecare.

- Säkerställa en säker hantering av läkemedel
 - Öka andelen som klarar provet i delegering på första försöket. Uppfyllt.
 - En inloggning till flera system. Ej uppfyllt på grund av tekniska begränsningar.
- Systematiskt kvalitetsarbete med fokus på prevention
 - Att uppnå 95% följsamhet till BHK. Ej uppfyllt
 - Senior alert resultat 100% på SÄBO. Ej uppfyllt.
 - Öka användande av Senior alert i hemtjänsten. Ej uppfyllt
 - Alla enhetschefer inom vård och omsorg samt LSS (ej daglig verksamhet) har chefsmodulen i Senior alert. Ej uppfyllt
 - Alla sjuksköterskor har genomfört ”Senior alerts grundutbildning”. Ej uppfyllt
- Jämlik vård inom patienter inom LSS genom stärkt läkarmedverkan och ökad kompetens.
 - En till två utsedda vårdcentralsläkare som arbetar med patienter inom LSS. Ej uppfyllt och ligger utanför vår kontroll att genomföra.

De tre identifierade förbättringsområdena för 2024 är:

1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet
2. Ökad säkerhet kring läkemedelshandtering
3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet

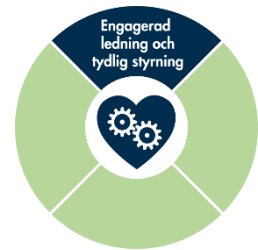
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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 2023

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

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Mål och strategier för 2023 har i stora delar inte uppfyllts. Verksamhetsutvecklingsdelar har i stora delar fått stå tillbaka under införandet av nytt verksamhetssystem.

- Säkerställa en säker hantering av läkemedel
 - Öka andelen som klarar provet i delegering på första försöket. Uppfyllt.
 - En inloggning till flera system. Ej uppfyllt på grund av tekniska begränsningar.
- Systematiskt kvalitetsarbete med fokus på prevention
 - Att uppnå 95% följsamhet till BHK. Ej uppfyllt
 - Senior alert resultat 100% på SÄBO. Ej uppfyllt.
 - Öka användande av Senior alert i hemtjänsten. Ej uppfyllt
 - Alla enhetschefer inom vård och omsorg samt LSS (ej daglig verksamhet) har chefsmodulen i Senior alert. Ej uppfyllt
 - Alla sjuksköterskor har genomfört ”Senior alerts grundutbildning”. Ej uppfyllt
- Jämlik vård inom patienter inom LSS genom stärkt läkarmedverkan och ökad kompetens.
 - En till två utsedda vårdcentralsläkare som arbetar med patienter inom LSS. Ej uppfyllt och ligger utanför vår kontroll att genomföra.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård respektive verksamhetschef för privat utförare inom hälso- och sjukvård ansvarar för patientsäkerhetsarbetet tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

En enhetschefsroll inom kommunal hälso- och sjukvård har skapats under året och verksamheten leds genom parledarskap.

Varje enhetschef inom äldreomsorg och LSS-verksamheter ansvarar tillsammans med patientansvarig sjuksköterska för den hälso- och sjukvård som bedrivs på respektive enhet, enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Omvårdnadspersonal är i vissa avseenden hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas då av Patientsäkerhetslagen.

Stödfunktioner som finns tillgängliga genom samverkan med Region Östergötland är smittskydd och vårdhygien samt patientnämnd.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns samverkansarenor för patientsäker vård och omsorg internt och externt.

Intern samverkan finns mellan socialförvaltningens olika verksamheter som regleras av olika lagrum (HSL, LSS och SOL) på de olika ledningsnivåerna inom socialförvaltningen och även mellan legitimerad personal och utförarenheternas omvårdnadspersonal samt med myndighetsutövarsidans handläggare.

Samverkan finns även på olika nivåer mellan kommunen och andra kommuner i Östergötland, privata vårdgivare samt Region Östergötland, från den högsta politiska- och tjänstepersonsledningen till länsdelsvisa samverkans forum. Några exempel är Samråd vård och omsorg (SVO), Ledningsgrupp för vård och omsorg (LGVO), medicinskt ansvarig ledningsgrupp (MALG), palliativ vård och samverkan kring utskrivningsprocessen i östra länsdelen.

Det finns även samverkan mellan socialchefer i Östergötland.

En viktig samarbetspart är kommunens enda vårdcentral där samverkan finns på ledningsnivå och mellan legitimerad personal i de olika verksamheterna.

Avvikelser gällande vårdskador och risk för vårdskador som har uppdagats i övergångarna mellan vårdgivare lämnas till MAS för sammanställning och analys. En kontaktväg mellan Söderköpings kommuns MAS och företrädare för Region Östergötland har upprättats under året för direkt hantering av brister och problem.

Vissa processer har ett speciellt fokus när det gäller samverkan. Det är SVOP, korttidsvård, demensvård och läkemedelshantering.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är en viktig tillgång för Söderköpings kommun och informationssäkerhet handlar om att skapa och upprätthålla lämpligt skydd av information. För att skydda denna krävs ett säkerhetsmedvetande hos alla medarbetare. Alla medarbetare ska genomgå utbildning i ämnet via lärpplattformen Evikomp.

Uppföljning av informationssäkerheten genomförs löpande genom IT-stöd då information till störst del handhas i IT-baserade system ex Lifecare. Även utvärderingar av skydd mot olovlig åtkomst har genomförts löpande genom IT-baserade system som övervakas av IT-avdelning med specialistkompetens. En tillgänglig informationssäkerhetspolicy som inkluderar drift, förvaltning och användare finns och IT-avdelningen har ett system, KLASSA, till stöd i bedömningar.

Informationsklassning görs utifrån tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet. Vid upphandling av exempelvis medicinsktekniska produkter görs informationsklassning, riskanalys av informationssäkerhet och DPIA.

Vid verksamhetsuppföljningar som genomförs enligt framtagna treårsplaner har uppföljning kopplat till informationssäkerheten t.ex. kring förvaring och åtkomst av dokument gjorts. Även journalgranskningar har genomförts enligt denna treårsplan.

Loggranskningar har genomförts av systemförvaltare för Treserva och verksamhetschef, innan övergången till nya verksamhetssystemet Lifecare.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Aktivt strålskyddsarbete är ej aktuellt inom verksamheten. I de fall mobil röntgen används gäller röntgensjuksköterskans anvisningar.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Medarbetares arbetsmiljö har haft ett stort fokus under året. Till exempel har antalet fast anställda medarbetare inom hemtjänsten ökat samtidigt som antalet vikarier har minskat. Andelen utbildade undersköterskor har ökat. Detta är en viktig grund för det långsiktiga arbetet. Sjuktalet har sjunkit för hälso- och sjukvårdens medarbetare och medarbetarenkäten visar förbättrade resultat. Det har arbetats mycket med att säkerställa förutsättningarna för medarbetarna i dygnet-runt-verksamheterna när en ny tillämpning av arbetstidslagen trädde i kraft i oktober i år. Allt detta påverkar patientsäkerheten.



Som en del i att förbättra patientsäkerheten och säkerhetskulturen i verksamheterna genomfördes under 2023 en patientsäkerhetsanalys på alla vård- och omsorgsenheter. I en del av analysen har även patienter och patientföreträdare fått ge sin input till underlag och vad man kan göra vidare. Detta sammantaget har skapat ett underlag för att ta samtalen kring patientsäkerhet, säkerhetskultur och öppen kommunikation vidare.

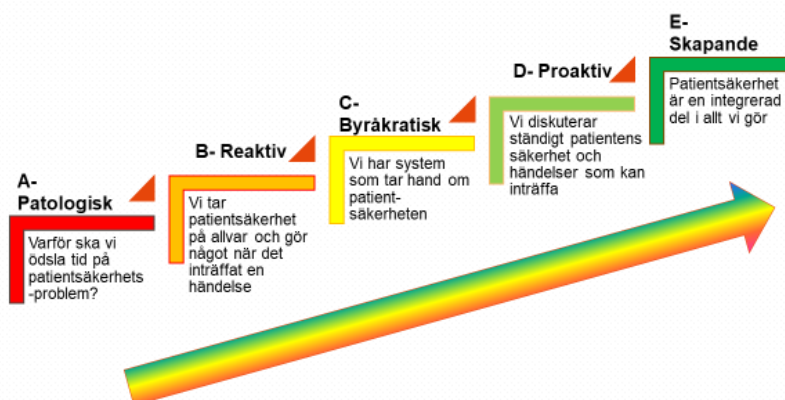
Socialförvaltningens verksamheter som helhet bedöms utifrån verksamhetsanalysen ligga på nivån där man tar patientsäkerhet på allvar och reagerar när händelser inträffat, ett B (reaktiv) i säkerhetskulturtrappan, men dock finns en spridning från A till E inom olika verksamhetsområden (se figur 1). En styrka som framkommer i patientsäkerhetsanalysen 2023 är att det inte råder någon tystandskultur och att allvarliga händelser tas om hand när de uppmärksammas. Dock medför bristande hanteringen av inkomna avvikelser en missad chans att lära av det som blivit fel och en risk att fel upprepas och förvärras.

3. Beskrivning av säkerhetskulturtrappans fem nivåer

A representerar den lägsta nivån av säkerhetskultur och E en högt utvecklad sådan.



Säkerhetskulturtrappan



Inspirerad av Diane Parkers säkerhetskulturtrappa | Manchester Patient Safety Framework

Figur 1, från SKR

Inom kommunen finns engagerade politiker som efterfrågar förbättringar i patientsäkerhetsarbetet och detta är en styrka i förvaltningen.

I patientsäkerhetsanalysen framkommer att kunskapsnivån om strukturerat och evidensbaserat patientsäkerhetsarbete är bristfällig inom Socialförvaltningens alla nivåer, från ledning till medarbetare. Det gäller framför allt kunskap om patientsäkerhetslagen, vårdgivarens ansvar, förebyggande patientsäkerhetsarbete, definitioner så som risk, tillbud, skada, vårdskada och bakomliggande orsaksområden samt vad som är effektiva åtgärder.

Vid större förändringar och beslut genomförs riskanalyser, men ibland saknas konkreta handlingsplaner som följs upp på ett systematiskt sätt. Vid vissa beslut brister helhetssynen och konsekvensen i andra verksamheter förutses bitvis inte. Ett ökat teamarbete kan öka möjligheterna till bättre kartläggning och förmågan att se helheten inför olika beslut.

Det upplevs inom vissa verksamheter att det inte finns tid att arbeta med t.ex. avvikelshantering på ett strukturerat och övergripande sätt, samt att avvikelshantering och bearbetningen sker lokalt utan att involvera fler verksamheter. Input från andra och gemensamt lärande uteblir.

Avvikelsehantering är dock ett område som under året har fått förstärkt fokus. Ett förbättringsarbete är påbörjat för hela Socialförvaltningen som innehåller en nulägesbild och planer för önskat läge. I det nya verksamhetssystemet Lifecare ökar förutsättningarna för förbättrad avvikelshantering samt ett likvärdigt arbetssätt som baseras på evidens då det är utformat utifrån SKR:s metodik för utredning av allvarliga händelser. Den nya avvikelsemodulen beräknas tas i fullt bruk under första kvartalet 2024. Systemet är modernare än tidigare och bedöms på sikt förbättra dokumentationen.

Citat från svar i patientsäkerhetsanalysen:

”Det finns inte tillräckligt med tid för att hantera allt på ett ändamålsenligt sätt. Avvikelser skrivs, men historiskt har det inte funnits resurser för att hantera avvikelserna strukturerat. Finns också en brist i att inte kunna/hinna jobba med åtgärder på gruppnivå.”

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

En gemensam lärplattform, Evikomp, har skapats via FOU-centrum. Där finns kommunens egna utbildningsdelar, men även utbildningar som skapats av FOU-centrum och andra medverkande kommuner. Det finns olika utbildningsspår för nyanställda medarbetare och årlig repetition/fördjupning inom respektive verksamhetsområde (VO, LSS, HSL och chefer). Övriga utbildningsinsatser förläggs vanligen till APT, vilket gör att det för många verksamheter varit svårt att prioritera utbildningar fullt ut. En utmaning är att anpassa utbildningar efter alla medarbetares förutsättningar, så som NPF-diagnoser och språksvårigheter samt att kunna följa upp och utvärdera kunskapsnivån i det praktiska arbetet med patienterna. Utbildningsinsatser på APT tar tid från det som enligt samverkansavtalet skall avhandlas. Under året har det främsta fokuset legat på att utbilda samtliga



medarbetare i det nya verksamhetssystemet Lifecare och förändrade arbetssätt kopplat till detta. Andra fokusområden har varit andra förbättringsområden som exempelvis digitala inköp inom hemtjänsten och inkontinens. Dessa delar har bidragit till ökat patient- och brukarfokus.

Under året har en revidering schemalägningsprocess och Bemanningshandboken för VO och LSS genomförts. I och med detta har schemaläggningen kommit närmare verksamheterna och chefernas inflytande över schemat och kompetensfördelning ökat. Inom hemtjänsten har ett stort arbete genomförts med ökning av andelen tillsvidareanställda, utbildade medarbetare (undersköterska) och 97% av dessa har läkemedelsdelegering.

Legitimerad personal har under året fått särskild genomgång kring avvikelshantering för öka kompetens för att identifiera felhändelser i vården. Introduktionsprogrammet för legitimerad personal har utvecklats med en detaljerad handledarmanual där avvikelshantering ingår.

Arbetsmiljön är viktig i patientsäkerhetsarbetet. Många vårdverksamheter i länet har svårt att bemanna tjänster för legitimerad personal och när det gäller detta är vi stolta över att ha engagerade, motiverade medarbetare som trivs med sitt arbete och inga vakanta tjänster. Detta är en viktig resurs att värna om.

Citat från svar i patientsäkerhetsanalysen:

”Svårt att påverka när det är många vikarier där det är svårt att säkra ändamålsenlig kompetens, eftersom man inte väljer sina vikarier själv helt. Många ordinarie vill utvecklas mer, men det är svårt att erbjuda det.

Stort behov av tid och struktur, budget som innehåller kompetensutveckling på lång sikt.

- *Chefsutbildningar inom HSL*
 - *Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet*
 - *Övriga chefsrelaterade utbildningar i Evikom*
- *Budget för patientsäkerhetsarbete*
 - *Simuleringar*
 - *HLR & första hjälpen*
 - *Förflyttningsteknik*
 - *Färdighetsträning*
 - *Delegering”*

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

I det dagliga arbetet involveras patienten och anhöriga inom samtliga verksamhetsområden då mål formuleras och utvärdering av vården görs tillsammans. Hälsoplaner (behandlingsplaner och utredningsplaner) skapas i samverkan mellan legitimerad personal, enskild patient och eventuella närstående. I hälsoplanerarna finns mål för problemområdet och en plan för uppföljning. Detta arbetssätt finns inom samtliga vårdverksamheter och involverar även omvårdnadspersonal

I årets patientsäkerhetsanalys har representanter från Föreningen för barn, unga och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och deras anhöriga (FUB) och Pensionärernas riksorganisation (PRO) samt patienter i hemsjukvård och hemtjänst inkluderats och involverats genom presentation av resultat, ta fram och prioritera åtgärdsförslag.

Samtliga synpunkter och klagomål som inkommer hanteras enligt kommunövergripande rutin inom 30 dagar och diarieförs. Fokus i arbetet är att finna förbättringar på systemnivå och göra effektiva åtgärder som förebygger att händelser sker igen.

Patienter och närstående påverkar genom:

- Synpunkter och klagomål
- Verksamhetsuppföljningar
- Brukarenkät
- Brukarråd (FUB, pensionärråd)
- Brukarråd på enheten.
- Personliga ombud
- Senior alert
- Patientnämnden
- Anhörigträffar

Förutsättningar för delaktighet:

- Tydliga kontaktvägar till verksamheten
- Tillgång till offentliga handlingar
- Informationsbrev (ser olika ut på olika enheter)

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

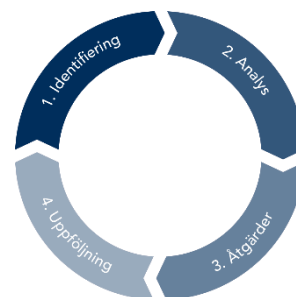
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

1. Identifiering

Detta pågår:

- Vårdhygien. Punktprevalensmätningar och mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner (PPM-BHK) Mätningar har genomförts regelbundet under året av de flesta verksamheterna men vissa har mätt ytterst sporadiskt. Följsamheten till BHK har sjunkit under året. SKR's system för registrering är nu nedlagt från år 2024 och har inte tagits över av någon annan.
- Journalgranskning ska göras regelbundet enligt framtagen mall och plan. Dock har inga journaler granskats enligt mall detta år.



- Palliativregistret används inom palliativ vård. Munhälsobedömning och smärtskattning har inte registrerats i den omfattning som önskats. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket är över målvärdet.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

- Senior Alert används inom SÄBO. Antalet unika personer som Senior alert använts för har ökat men andelen åtgärdsplaner vid risk har minskat sedan föregående år och så även andelen utförda åtgärder vid risk.

Uppåt	Vårdprevention					Utfall			
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sverige	97144	90% ↑ 131 281 av 145 712	78% ↓ 101 977 av 131 281	91% ↓ 120 112 av 131 281	74% ↑ 86 023 av 116 977	14358 i 10 274 personer	35865 i personer	31056 i 11 285 personer	35450 i personer
Söderköpings kommun	131	91% ↓ 145 av 159	84% ↓ 122 av 145	88% ↓ 127 av 145	58% ↓ 71 av 123	15 ↑ 14 personer	47 ↑ personer	19 ↑ 8 personer	30 ↓ personer
Trycksår		28% ↑ 45 av 159	93% ↓ 42 av 45	91% ↓ 41 av 45	59% ↓ 20 av 34				
Undernäring		57% ↑ 91 av 159	93% ↓ 85 av 91	92% ↓ 84 av 91	68% ↓ 47 av 69				
Fall		81% ↓ 128 av 159	92% ↓ 118 av 128	89% ↓ 114 av 128	57% ↓ 63 av 110				
Munhälsa		36% ↓ 49 av 135	71% ↓ 35 av 49	88% ↓ 43 av 49	51% ↓ 25 av 49				

Figur 2. Ur offentlig data Senior alert registret.

- Läkemedelshantering. Delegeringsprocessens alla steg är reviderade. En analys av alternativa vägar framåt gällande andel delegerad personal har genomförts. Resultatet visar att fokus framåt behöver läggas på att minska behovet av delegerad personal. Läkemedelslingor är att föredra. Förberedelse för införande av läkemedelsautomat är påbörjat. Detta med mål att minska behov av delegerad personal, öka patientsäkerheten genom att öka patienters självständighet, förbättra arbetsmiljön för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor samt att öka teamsamverkan. Hantering av narkotika har stramats upp under året genom förbättrade rutiner för hantering och kontroller.
- Stärka förutsättningar för god demensvård och hantering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. BPSD är ett Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det genomförs utbildningsinsatser och arbetas för säkerställande av resurser för arbetet. Även handledning av omvårdnadspersonal gällande bemötande av personer med demens har genomförts.

2. Analys

Det finns mycket statistik och viss uppföljning görs, men analys och bearbetning av resultatet utförs inte på mikro (verksamhetsnivå), meso (verksamhetsområdesnivå) eller makronivå (socialförvaltningsnivå).

- Vårdhygien PPM-BHK: Under året identifierades brister i såväl kontroller som följsamhet. Hemtjänstens verksamhet har haft chefsbyten, organisationsförändring och andra större projekt. Det har även varit stort fokus på att rekrytera ordinarie personal, säkra bemanning och kompetensnivå. När mätningar av följsamheten inte görs minskar resultatet och det talar för vikten av att upprätthålla regelbundna och täta mätningar och att ledningen efterfrågar resultatet.
- Strukturerad journalgranskning har inte utförts under 2023 bl.a. pga. personalomsättning och byte av verksamhetssystem till LifeCare. Det finns plan för att åtgärda detta 2024 för att kunna följa kvaliteten på vårddokumentation, lära och utvecklas.
- Palliativregistrets resultat påverkas av samverkan mellan både interna parter, men också externa parter som vårdcentral och Regionens vårdverksamhet. Bland annat gäller det sena eller uteblivna brytpunktsbedömningar. Det nya journalsystemet ger bättre förutsättningar genom att nya rutiner för det standardiserade arbetssättet har utarbetats. Det är glädjande att den mänskliga närvaron i dödsögonblicket är över målvärdet och tyder på att detta prioriterats högt.
- Senior Alert kvalitetsregister. Används på SÄBO men resultaten har försämrats. Omvårdnadspersonalen som är närmast patienterna behöver uppmuntras till ökad användning och registrering. De behöver få insikt i att bedömningen blir till nytta när planerade åtgärder genomförs och att det ökar patienternas hälsa genom att förebygga skador. En försvårande omständighet detta år har varit ett stort fokus på införandet av nytt verksamhetssystem och ändrade arbetssätt. Teamarbetet är grunden i att komma till det proaktiva arbetet. Verktöget ska införas i hemtjänsten under 2024 och 2025. Den låga nivån på utförda åtgärder vid risk beror på att genomförda åtgärder dokumenteras i journal och inte i registret.
- Läkemedelshantering. Genom förbättrad delegeringsprocess har kunskap och kompetens säkerställt. Detta ses genom att fler klarar delegeringsutbildningen på första försöket. Narkotikasvinn sågs i början av året men efter vidtagna åtgärder har inget ytterligare svinn identifierats.
- Stärka förutsättningar för god demensvård. BPSD är ett nationellt kvalitetsregister som ingår i regeringens satsning för ”Bättre liv för sjuka äldre”. Symtomen ger en försämrad livskvalité och registrets syfte är att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom, genom att minska symtomen. BPSD bygger på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för en god och säker vård vid demenssjukdom och evidensbaserad forskning. För närvarande är väntetiden ca 3-4 månader för demensutredningar. Det är en ökning som beror på minskad bemanning av sjuksköterska och införande av nytt datasystem.

3. Åtgärder

- Vårdhygien PPM-BHK: Bristande följsamhet till PPM-BHK lyftets på chefsmöten och varje chef tog arbetet vidare till sin verksamhet via veckobrev samt fysiska möten. Ledning behöver efterfråga resultat från mätningar för att upprätthålla fokus på vårdhygien. Insikter om brister är grunden för att kunna arbeta med åtgärder för bristerna.
- Journalgranskning: checklista behöver revideras utifrån nytt journalsystem och förenklas. Resultatet behöver efterfrågas från ledningen och åtgärder för förbättringar tas fram i arbetsgrupperna.

- Palliativregistret. Fortsatt fokus på nytt standardiserat arbetssätt och uppföljning av avvikelser inom området.
- Senior Alert: Insatser behövs för att öka kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen och för att de ska förstå nyttan med verktyget och att alla moment behövs. Förståelsen för det proaktiva arbetet i omvårdnadsprocessen och vikten av att säkra patientens vård framåt behöver säkerställas. Förflytta användningen av registret från legitimerad personal till teamwork med omvårdnadspersonal.
- Läkemedelshantering. Revideringen av delegeringsprovet har genomförts med omformulering av frågor. Nytt arbetssätt har också införts inom hemtjänsten där samordnare har en förutbildning med de som skall nydelegeras. Skärpt rutin för kontroll av dörr-logg till läkemedelsrum.
- Stärka förutsättningar för god demensvård. Utbildningsinsatser i BPSD har genomförts, även anhörigutbildningar och samtalsgrupper har hållits. Planer finns på utbildningsinsatser för utbildad personal på demensboendet Birkagården, ”Demens ABC”. Demenssjuksköterska har handlett omvårdnadspersonal på demensboende i patientfall med svåra BPSD-symtom. Det har rekryterats ytterligare en permanent sjuksköterskeresurs för demensutredningar. Det planeras för utvecklingsarbete inom det utvidgade dementeamet med start under våren. Mål och utvecklingsarbeten ska utformas. Det nya journalsystemet kommer att bidra till förenklad dokumentation och tidsbesparingar.

4. Uppföljning av åtgärd

- Vårdhygien PPM_BHK: Månadsvisa mätningar av PPM-BHK. Resultatet följs upp månadsvis av MAS genom granskning av följsamhet och dialog med verksamhetschef och enhetschef via digitala möten och mail.
Verktyget PPM-BHK har upphört och nytt verktyg behöver skapas lokalt. Följs upp i nästa patientsäkerhetsberättelse.
- Journalgranskning: När mallen är utarbetad ska resultat och förbättringsarbeten presenteras.
- Palliativregistret.
- Senior Alert: Följ upp och öka användningen av registret.
- Läkemedelshantering. Fler klarar provet direkt men det är fortfarande en del som är i behov av delegering men som inte uppfyller grundkraven. Detta försvårar hemtjänstens planering av insatser. Det finns en önskan att färre personer ska behöva delegering och införandet av läkemedelsautomater under våren kan förhoppningsvis bidra till det.
- Stärka förutsättningar för god demensvård.Handledning av personal gällande patient med svår BPSD har resulterat i verktyg och förhållningssätt som bidragit till ökat lugn hos patienter.

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?

Bearbetningen av avvikelser sker i olika utsträckning inom socialförvaltningen. Det råder en stor spridning i kunskapsnivån inom de olika verksamhetsområdena. Under året har 2489 avvikelser registrerats och inga

händelseanalyser genomförts då det ej identifierats någon möjlig vårdskada i bearbetade avvikelser. Av dessa är 877 relaterade till läkemedelshanteringen.

Andelen slutförda avvikelser är inom socialförvaltningen totalt 38,6% varav läkemedelsavvikelserna slutförts till 23,4 %.

Inom hälso- och sjukvårdens enheter är alla avvikelser i avvikelssystemet under 2023 bearbetade och slutförda, totalt 100 st. De åtgärder som är vidtagna har gjorts i samverkan med medarbetare i personalgruppen och återkopplas i veckobrev eller APT. Flertalet analyser är hanterade som händelsenära och har involverat både personal och patient. Alla avvikelser är sammanställda i det lokala analysverktyget i Excelformat för att få en övergripande bild av eventuella systembrister i verksamheten för att också kunna identifiera övergripande åtgärder. En stor del av avvikelserna gäller samverkan med Region Östergötland och vidare befordras till dem för hantering. Detta har bidragit till att Vrinnevisjukhuset och vårdcentralen i Söderköping vidtagit åtgärder. Den största mängden avvikelser gäller läkemedelshantering. Delegeringsprocessen har under året reviderats och införande av läkemedelsautomater planeras under 2024.

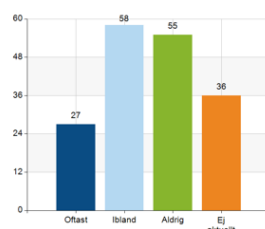
Inom äldreomsorgen och LSS är hanteringsgraden mer varierad. T.ex. inom området läkemedelshantering finns 2023 877 avvikelser och enbart 23,4% av dessa är inte bearbetade och slutförda. Detta genererar osäkerhet i vilka systematiska brister som inte fångas upp och genererar heller inga åtgärder på övergripande nivå. Obearbetade avvikelser skapar en ovisshet och bristande kontroll av patientsäkerheten samt äventyrar säkerhetskulturen då området inte prioriteras fullt ut.

Utmaningarna med avvikelshantering finns även identifierade i årets patientsäkerhetsanalys där det blir tydligt att bristen på kunskap hos enhetschefer medför att avvikelset arbetet inte blir prioriterat. Medarbetarna skriver avvikelser regelbundet när de uppfattar att patientsäkerheten brister och det finns en baskunskap om vilka händelser som ska generera avvikelser. På uppdrag av Socialnämnden har ett utvecklingsarbete gällande avvikelser initierats. En enkät gick ut till chefer respektive medarbetare för att skapa en bild av nuläget. Ett förbättringsarbete är påbörjat och bygger på avvikelshantering i det nya verksamhetssystemet Lifecares avvikelshanteringssystem. En nulägesanalys visar att det finns ett behov av att skapa en tydligare struktur av hanteringen av avvikelser. Återkopplingen är en mycket viktig del i det fortsatta utvecklingsarbetet och från årsskiftet kommer den nya avvikelsemodulen tas i bruk.

När jag skrivit en avvikelse får jag återkoppling

Namn	Antal	%
Oftast	27	15,3
Ibland	58	33
Aldrig	55	31,2
Ej aktuellt	36	20,5
Total	176	100

Svarsfrekvens
100% (176/176)



”Bättre återkoppling”

”Återkoppling och information om avvikelser som gjorts.”

”uppföljning av åtgärder samt återkoppling till medarbetare.”

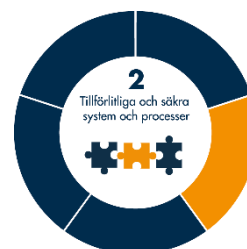


Figur 3 från nulägesanalys enkät inom socialförvaltningen.

Riskområden finns inom samtliga delar av Socialförvaltningen och i vårdens övergångar samt i samverkan med andra vårdaktörer. Riskområden som identifierats under året är bland annat brister i SVOP-processen (Samordnad Vård och OmsorgsPlanering) där en arbetsgrupp med Region Östergötland via kommunens MAS har skapats, som arbetar med förbättringsåtgärder. Efter arbetsgruppens påbörjade arbete har avvikelser från Söderköpings kommun till Region Östergötland om följsamhet kring SVOP-processen minskat. Utifrån avvikelsearbetet inom hälso- och sjukvården har MAS ett pågående samverkansarbete med psykiatrin, men där har inga tydliga effekter kunnat ses ännu.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

En grund för patientsäkerheten är tillförlitliga verksamhetssystem och kommunen har under året bytt till systemet Lifecare. Det har varit ett utmanande år med bland annat förberedelser för införande, programmering, utbildning, överföring av persondata och nya arbetssätt efter införandet. Engagerade och ansvarstagande medarbetare har i övergångsperioden gjort sitt yttersta för att säkerställa vårdkvaliteten under omställningstiden.

Att lära av avvikelser är en av socialförvaltningens största utvecklingsmöjligheter. Tillsammans behöver vi använda avvikelser och initiera förbättringsarbeten kopplade till avvikelser. Dialogen och kommunikationen kring avvikelser och lärande tillsammans utifrån olika perspektiv behöver stärkas.

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

Läkemedelshanteringen i vården är en stor utmaning. Den bygger på att omvårdnadspersonal får läkemedelsdelegering och hanterar detta på uppdrag av sjuksköterska. Den vilar också på läkemedelsordinationer som görs och ändras av läkare utanför den kommunala organisationen, i dokumentationssystem som inte är gemensamma eller kommunicerar med varandra. Det som säkrar upp för brister i systemen är att omvårdnadspersonal kan kontakta ansvarig sjuksköterska vid frågor, att sjuksköterskorna tar stort patientansvar och ”håller koll” på de patienter de ansvarar för och på så sätt förhindrar att patienter ”faller mellan stolarna”. Sjuksköterskor har möjlighet att kontakta vårdcentralens läkare dagligen på vardagar utanför ordinarie rondtider.

Det förebyggande arbetet både gällande tex fallprevention, undernäring, munhälsa och trycksår behöver utvecklas och intensifieras. Rehabpersonal behöver involveras tidigare tillsammans med biståndshandläggare och Senior alert behöver bli en naturlig del inom all vård för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor.

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.

Det viktigaste verktyget att proaktivt förhindra vårdskador är användandet av kvalitetsregistret Senior alert. Det används inom SÄBO och planeras att införas även i hemsjukvården.

I det nya avvikelshanteringssystemet har ett område som inte fångats i tidigare avvikelssystem införts. Det är rapportering av risker. Dessa kommer under 2024 att kunna identifieras och ligga till grund för ett mer proaktivt säkerhetsarbete.

Riskanalyser har gjorts under året och har gällt lokaler och omorganisationer och patientsäkerhet har varit en av parametrarna som vägts in.

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

Analys, lärande och utveckling i organisationen bygger bland annat på att ledningen efterfrågar resultat. Detta signalerar att arbetet är viktigt och att det man gör i olika verksamheter är till nytta. Det är viktigt att sprida resultat och goda exempel så att fler kan göra på liknande sätt eller lära av andras misstag. Detta bygger på en god säkerhetskultur där man kan dela erfarenheter även när de bygger på felhändelser och avvikelser.

Avvikelser

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

För att öka lärandet i organisationen behöver patientsäkerhetsdelarna efterfrågas och komma med i tertialuppföljningar. Exempelvis kan varje verksamhetsområde ge en avvikelseanalys på aggregerad nivå utifrån sammanställningarna på enhetsnivå. De vanligaste avvikelserna, pågående och planerade förbättringsarbeten samt uppföljning av tidigare avvikelser och vilka effekter man sett av åtgärderna skulle kunna presenteras. Avvikelsearbetet behöver följa en bestämd process från registrering av avvikelse - hantering och åtgärdsförslag - återkoppling till involverade och berörda – aggregering för att hitta fokus- och förbättringsområden – återföring av uppföljningar och utvecklingsarbeten - till gemensamt lärande.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.

Se även ovan i stycket "Ökad kunskap om inträffade vårdskador".

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården har varit få. De har kommit in två klagomål via kommunens hemsida och via brev. Dessa gäller bemötande och har hanterats och utretts av respektive chef samt återkopplats till patient.

IVO-granskning

Under året har IVO gjort en nationell granskning av SÄBO utifrån områdena Individuell bedömning och kompetens, Dokumentation och personalkontinuitet, Läkemedelshantering samt Vård i livets slutskede. Kritik riktades mot kommunen och efter återkoppling med handlingsplan avskrevs ärendet och inget vite utkrävdes. I åtgärdsplanen fanns följande åtgärder:

- Genomföra patientsäkerhetsanalys i verksamheten.
- Utredning gällande om delegering bäst sker till all omvårdnadspersonal eller om en mindre grupp ska utföra delegerade uppgifter, samt en plan för hur det bästa alternativet skulle kunna genomföras.
- Säkerställa att läkemedelsgenomgångar dokumenteras med KVÅ i patientjournalen.
- Analys av läkemedelsavvikelser specifikt.
- Genomföra åtgärder efter extern läkemedelsgranskning.
- Införa digitala läkemedelsskåp hos patienter med läkemedelsövertag.

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

För ökad riskmedvetenhet framåt behöver den kommunala hälso- och sjukvården förbereda sig för situationer av kris, hot om krig och krig. Som en del i detta har en plan för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap för detta arbetats fram. Den ska förankras i socialförvaltningen och kommunledningen under 2024. Vissa personer kommer även att ingå i ett forskningsprojekt kring dessa frågor och genom detta inhämta kunskap och erfarenheter som kan komma till nytta i detta arbete.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått ses följande kommande utmaningar.

1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet

Bakgrund.

- Den samlade bedömningen i patientsäkerhetsanalysen visar att socialförvaltningen som helhet behöver utvecklas inom patientsäkerhetsområdet.
- Proaktivt arbete är en viktig och prioriterad del för att använda resurser effektivt och värna om den växande äldre befolkningens hälsa.

Mål

- Att öka antalet registrerade risker i avvikelssystemet.
- Att öka andelen hanterade avvikelser till 80% under 2024 och 100% år 2025.
- Öka andelen uppföljda handlingsplaner efter genomförda riskanalyser.

Aktiviteter

- Utveckla en patientsäkerhetssida där evidensbaserade analysverktyg finns samlade med instruktioner för tillämpning. Det finns en grund i handläggar- och utförarwebben.
- En förbättrad övergripande avvikelseprocess med fokus på analys, effektiva åtgärder, utvärdering av vidtagna åtgärder, återföring i verksamhet samt lärande inom organisationen.
- Inventera patientsäkerhets-egenkontroller och prioritera vad som ska följas och följas upp.
- Aktualisera vikten av konkreta handlingsplaner och uppföljning efter riskanalyser, i chefsgruppen. Utbildning för chefer.
- Prehab projekt för att öka invånarnas självständighet. Ökad självständighet genom att minska invånarnas behov av hemtjänst- och boendeinsatser. Tidiga fallpreventiva insatser.

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
Skapa en patientsäkerhetssida.	Enhetschef HS	Våren 2024	
Förbättringsarbete inom avvikelshanteringsprocessen med fokus på återföring och lärande.	Verksamhetschef HS och sakkunnig SOC	Våren 2024	
Inventera patientsäkerhets egenkontroller och underlag för prioritering	Enhetschef HS	Våren 2024	
Utbildning i riskanalys och handlingsplaner för chefer	Vem?	När?	
Prehab projekt för att öka invånarnas självständighet	Projektansvarig AT	2024	

2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering

Bakgrund.

- Den största andelen registrerade avvikelser gäller läkemedelshantering.

Mål

- Att öka andelen hanterade läkemedelsavvikelser till 80% under 2024 och 100% år 2025.
- Fler analyser av avvikelseområden på aggregerad nivå för att få koll på var läkemedelshanteringens brister.
- Få en säkrare hantering av läkemedel och på sikt minskat antal läkemedelsavvikelser.

Aktiviteter

- Införande av läkemedelsautomater i hemtjänsten
- Fortsätta följa upp och regelbundet utvärdera delegeringsprocessen
 - Använda evidensbaserade pedagogiska metoder för att säkerställa kunskap hos medarbetare med specifika förutsättningar såsom NPF-problematik
 - Fortsätta arbetet med att säkerställa att medarbetare har tillräckliga kunskaper inom läkemedel.
- Förbättringsprojekt gällande avvikelshantering inklusive en förbättrad uppföljning och återföring av inträffade händelser, vidtagna åtgärder. Ökat lärande i organisationen.

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
Införande av läkemedelsautomater i hemtjänsten	Verksamhetsutvecklare HS	2024	
Följ upp delegeringsprocessen	Enhetschef HS	2024	
Förbättra avvikelshantering i projekt inom SOC.	Verksamhetschef HS och sakkunnig SOC	Våren 2024	

3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet

Bakgrund.

- I patientsäkerhetsanalysen identifierades brister i patientsäkerhetskompetens inom alla organisatoriska nivåer.

Mål

- Socialförvaltningens verksamheter kännetecknas av god kompetens i patientsäkerhet och en lägstanivå för alla medarbetare har satts och uppnåtts.

Aktiviteter

- SBAR-utbildning för legitimerad personal och omvårdnadspersonal i Evikomp (mätbart)

- Öka kunskap i olika analysmetoder genom utbildning för chefer för att identifiera risker via introduktionsprogram:
 - Grundutbildning i patientsäkerhet
 - Riskbedömning – arbetsmiljö (arbetsmiljöverket)
 - Riskanalys – patientsäkerhet (SKR:s metodik via LÖF)
- Öka användandet av Senior alert.
 - Utbildning för omvårdnadspersonal och chefer.
 - Införandeprojekt. Hålla i och hålla ut.

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
Skapa introduktionsprogram i patientsäkerhet för chefer	Verksamhetsutvecklare HS	2024	
Utbildningsinsatser i Senior alert för chefer och omvårdnadspersonal	Respektive enhetschef med stöd av verksamhetsutvecklare HS		
Revideringsprojekt Senior alert LSS och SÄBO	Verksamhetsutvecklare HS	Våren 2024	
Införandeprojekt Senior alert i hemtjänst		Våren 2025	
SBAR utbildning	Evikomp		

Förslag till framtida utvecklingsåtgärder

- Identifiera vad en lägstanivå i kompetens inom patientsäkerhetsområdet innehåller för respektive nivå, från utbildade medarbetare till chefer och politiker.
- Skapa en utbildningsplan som säkerställer kompetenskravet för samtligt medarbete
 - Skapa kompetenskort för ordinarie och vikarierande personal för vårdbiträden, undersköterskor och legitimerad personal samt chefer.
- Samordna utbildningstillfällen för omvårdnadspersonal som är återkommande
- Säkerställa en kvalitativ vård och öka kunskap i patientsäkerhet via:
 - SVOP-processen
 - Att hålla SIP i hemmet både på plats och digitalt

Ordförklaringar

APT	Arbetsplatsträff
BHK	Basala kläd- och hygienrutiner
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
DPIA	Data Protection Impact Assessment. Begreppen konsekvensbedömning och Risk- och konsekvensanalys kan också användas.
Evikomp	En digital lärplattform
FoU centrum	Forskning- och utvecklingscentrum
FUB	Ett riksförbund arbetar för personer med intellektuell funktionsnedsättning och deras anhöriga
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
IVO	Tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg
LGVO	Ledningsgrupp för vård och omsorg i Östergötland.
LSS	Lagen om stöd och service
MAS	Medicinsk ansvarig sjuksköterska
NPF-diagnoser	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningsdiagnoser
PPM- BHK	Punktprevalensmätning – basala hygienrutiner och klädregler
PRO	Pensionärernas riksorganisation
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SOL	Socialtjänstlagen
Ssk	Sjuksköterska
SÄBO	Särskilt boende för äldre
SBAR	En metod för strukturerad kommunikation som utgår från situation, bakgrund, aktuellt läge och rekommendation.
SVO	Samråd vård och omsorg. Politisk nivå.
SVOP	Samordnad vård och omsorgsplanering mellan Region Östergötland och kommunerna i länet.
VO	Vård- och omsorg (Säbo och hemtjänst)

BILAGA 1.

Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

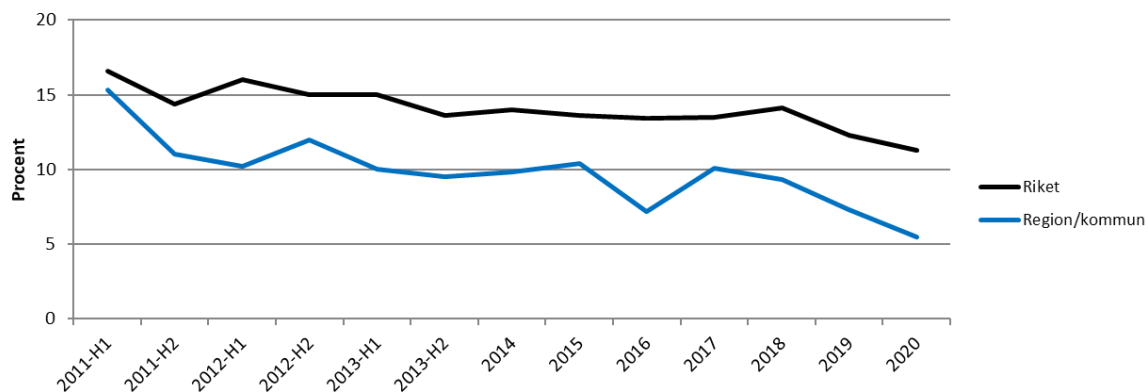
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Exempel 1: Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras utifrån beskrivande text och diagram.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska.

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 5,3 procent av de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Åtgärd: På enheter med högre förekomst av trycksår genomfördes trycksår dialog, utbildning, materialöversyn och extramätning under hösten.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Åtgärderna på berörda enheter hade effekt och trycksårsförekomsten minskade.

Exempel 2. Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras i tabellformat.

Trycksår

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<i>Ex trycksår</i>	<i>Förekomsten av trycksår ska minska varje år</i>	<i>År 2020 hade 5,3% av inläggande patienter trycksår (6,2% år 2019) (Riket 11% år 2020)</i>	<i>Målet uppfyllt på övergripande nivå. Viss ökning på enskilda enheter</i>	<i>Enheter med högre förekomst genomfört utbildning och extra mätning</i>	<i>Dialoger har genomförts med de enheter som visat ökad förekomst. Åtgärderna hade effekt och förekomsten minskade</i>	<i>Samtliga vårdenheter PPM våren 2020 (1g/år). Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad</i>	<i>PPM-trycksår Sveriges Kommuner och Regioner</i>