



Patientsäkerhetsberättelse

Söderköpings Kommun

2024



Datum 250104

Ansvarig för innehållet Mona Hedestig

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Söderköpings kommun.

Diarienummer SOC/2025-00035

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 2024	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
IVO-granskning	17
Verksamhetsuppföljningar	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19
1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet	19
2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering	19
3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet.....	20
4. Säker informationsöverföring mellan HSL och SOL	21
Ordförklaringar.....	22
BILAGA 1.	24

SAMMANFATTNING

Under 2024 har patientsäkerhetsarbetet tagit steg framåt, mot ökad patientsäkerhet. Detta trots ett år av stora ekonomiska besparingar och efter ett 2023 då verksamheterna hade stort fokus på införandet av nytt verksamhetssystem – Lifecare.

Uppfyllelsen av patientsäkerhetsmålen har förbättrats markant. Verksamheterna har ett mer proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet som bland annat ses i prehab-projektet samt i arbetet med riskanalyser och uppföljning. Risker registreras nu i avvikelssystemet och kan leda till förebyggande insatser.

Antalet avvikelser har minskat och andelen hanterade avvikelser har ökat till att målet för 2024 uppfyllts. Detta antas bero på ett fokus på avvikelshantering genom förbättringsarbete kring avvikelseprocessen och uppbyggnaden av avvikelshantering i Lifecare. Dock kvarstår ett fortsatt arbete för att implementera hela avvikelseprocessen och att utveckla patientsäkerhetskompetensen hos chefer i verksamheterna. Patientsäkerhetskulturen har förbättrats i organisationen.

En vårdskada gällande fördröjd vård utreds och planeras att skickas till IVO för granskning.

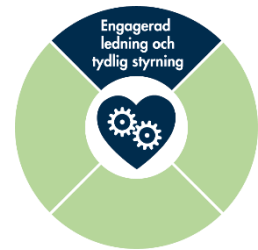
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 2024

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 2024 har till stor del uppfyllts. Färgmarkeringarna nedan visar på måluppfyllelse där grönt innebär att målet är helt uppnått och gult att det är delvis uppnått.

- ● Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet.
 - Risker fångas på ett bättre sätt i det nya avvikelssystemet och har därmed ökat.
 - En ny förbättrad process för avvikelshantering har tagits fram och tillämpas. Andelen hanterade (mottagen) avvikelser kring vårdskador har ökat till 98% och målet var 80% under 2024 och 100% år 2025.
 - Handlingsplaner efter genomförda riskanalyser följs upp i högre omfattning.
 - Prehabprojektet har startat och är en samverkan mellan rehabmedarbetare och biståndshandläggare och utgår från ett proaktivt och stärkande förhållningssätt.
 - Kvarstår: Förbättrat stöd till enhetschefer i riskanalyser och utbildning i patientsäkerhet. Vi behöver även följa upp den förbättrade övergripande avvikelseprocess med fokus på analys, effektiva åtgärder, utvärdering av vidtagna åtgärder, återföring i verksamhet samt lärande inom organisationen.

- ● Ökad säkerhet kring läkemedelshantering
 - Andelen hanterade läkemedelsavvikelser är 93% mottagna och målet var att öka till 80% under 2024 och 100% år 2025.
 - Ett förbättringsprojekt gällande avvikelseprocessen har genomförts.
 - En säkrare hantering av läkemedel och på sikt minskat antal läkemedelsavvikelser. Nu finns 23 aktiva läkemedelsautomater igång inom ordinärt boende. Av 2137 givna läkemedelsdoser är enbart 5 doser missade vilket är en stor förbättring.
 - Delegeringsprocessen har reviderats och fler klarar proven.
 - Kvarstår: Fler analyser av avvikelseområden på aggregerad nivå för att få koll på var läkemedelshanteringen brister.

- ● Säkerställa kompetens i patientsäkerhet.

Socialförvaltningens verksamheter har idag i viss mån en förbättrad kompetens i patientsäkerhet.

- SBAR-utbildning för legitimerad personal och omvårdnadspersonal i Evikomp.
- Utbildningssatsning i samband med införandet av läkemedelsautomater.
 - o Kvarstår: Behov av ökad 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.

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) och enhetschefer i hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten 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, socialchefsnätverket, i Östergötland.

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

Avvikelse gällande vårdskador och risk för vårdskador som har uppdagats i övergångarna mellan vårdgivare lämnas till MAS för sammanställning och analys. Olika samverkansformer har under åren provats med syfte att se trender och kunna arbeta systematiskt med förbättringar kopplat till de avvikelser mellan vårdgivare som identifieras. Ett tidigare arbete där medicinskt ansvariga sjuksköterskor och ansvariga för rehabilitering träffades regelbundet kommer från 2025 att

återupptas. Kommunernas MAS och MAR kommer att träffas tillsammans med två avvikelseramordnarfunktioner inom Regionen ca 5 gånger per år och utifrån vad som framkommer i analysen bjuds kliniker eller avdelningar in för dialog kring fördjupad analys och förbättringar. 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 lärplattformen 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 i 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 (från 59 till 62%) liksom kontinuiteten inom hemtjänsten. Detta är en viktig grund för det långsiktiga arbetet. Sjuktalet har sjunkit för hälso- och sjukvårdens medarbetare.



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 under 2024.

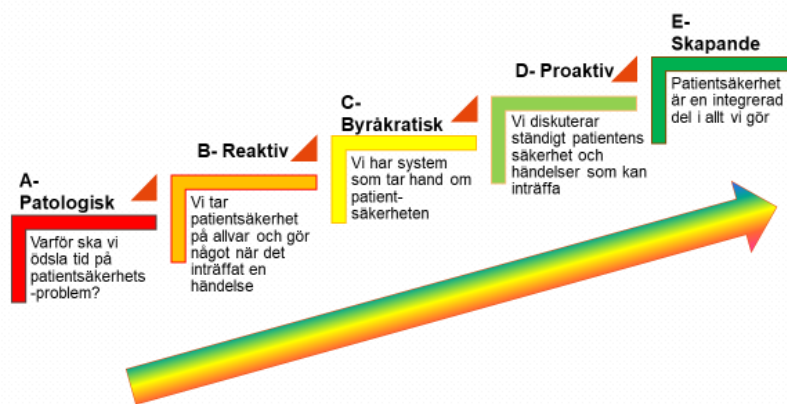
Socialförvaltningens verksamheter som helhet bedöms utifrån verksamhetsanalysen ligga på nivån där man tar patientsäkerhet på allvar och reagerar när händelser inträffat, ett B (reaktiv) i säkerhetskulturtrappan, men dock finns en spridning från A till E inom olika verksamhetsområden (se figur 1). En styrka som framkommer i patientsäkerhetsanalysen 2023 är att det inte råder någon tystandskultur och att allvarliga händelser tas om hand när de uppmärksammas. Under 2024 ses en förbättring gällande hanteringen av avvikelser och förbättrad återkoppling kring avvikelser till medarbetarna. Utifrån säkerhetskulturtrappan bedöms nu att vi som helhet gått från steg B-reaktiv till steg C-byråkratisk.

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 i 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. Kunskapshöjande insatser inom avvikelseområdet har under 2024 genomförts riktat till chefer och detta har lett till en ökad dialog och avvikelshantering.

Vid större förändringar och beslut genomförs riskanalyser, men handlingsplaner följs inte alltid upp på ett systematiskt sätt.

Det upplevs fortfarande i viss mån, inom vissa verksamheter, att det inte finns tid att arbeta med exempelvis 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. I det nya verksamhetssystemet Lifecare ökar förutsättningarna för förbättrad avvikelshantering samt ett likvärdigt

arbetsätt som baseras på evidens då det är utformat utifrån SKR:s metodik för utredning av allvarliga händelser.

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, finns att tillgå. 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 och 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 utbildnings fokuset inom patientsäkerhet legat på kompetens inom hantering av läkemedelsautomater, förflyttningsutbildning och en förbättrad delegeringsprocess. Utbildningsinsatser riktade till LSS gällande neuropsykiatriska diagnoser, pedagogiska strategier, kommunikation och bemötande har genomförts under året.



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.

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 hälsoplanerna finns mål för problemområdet och en plan för uppföljning. Detta arbetsätt finns inom samtliga vårdverksamheter och omfattar även omvårdnadspersonalens genomförandeplaner.

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, pensionärsråd)
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)

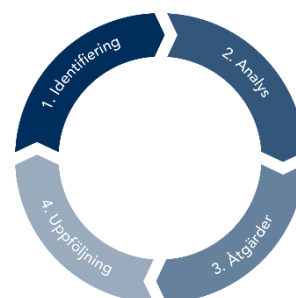
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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. Nedan följer vi olika utvecklingsdelar utifrån Identifiering av resultat, analys, åtgärder och uppföljning av åtgärder. Det finns mycket statistik och viss uppföljning görs, men analys och bearbetning av resultatet utförs inte på mikro (verksamhetsnivå), meso (verksamhetsområdesnivå) eller makronivå (socialförvaltningsnivå).

Patientsäkerheten har förbättrats under året trots ett år av stora ekonomiska besparingar och efter ett 2023 då verksamheterna hade ett stort fokus på införandet av nytt verksamhetssystem – Lifecare. Åtgärder har vidtagits utifrån detta och har följts upp i viss mån.



Vårdhygien

- Identifiering. Punktprevalensmätningar och mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner (PPM-BHK)

Mätningar har genomförts, genom registrering ett egenframtaget enkätverktyg, under året. Detta har gjorts av vissa enheter och andra har mätt ytterst sporadiskt. Antalet observationer har sjunkit och följsamheten har generellt varit låg. Under november, december har dock flera enheter åter kommit igång med observationer och med dem ses också en positiv trend gällande resultat. SKR's system för registrering av punktprevalensmätningar har under 2024 varit nerlagt vilket försvärat möjligheten att följa statistiken liksom att ta hjälp av andra och även gällande analys av resultat.

En HALT-mätning har genomförts på de kommunala boendena. Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Resultatet visar att hos

Aspgårdens 8 deltagare sågs ingen med infektion eller antibiotikabehandling vid tillfället. På Birkagården deltog 32 personer och en med infektion och antibiotikabehandling sågs.

- Analys.

Vårdhygien PPM-BHK: Under året identifierades brister i såväl kontroller som följsamhet och fler orsaker kan ses som troliga.

- Fokus på smittspridning har sjunkit då vi inte längre är i en pandemi
- Förvaltningen har haft stora ekonomiska problem. Hygien ses mer som en ett kvalitetsarbete än sparande av resurser vilket gjort att fokus legat på andra åtgärder
- Andra förändringar har genomförts och fått större fokus exempelvis införande av läkemedelsautomater
- Omsättning på chefer har gjort att arbetet stannat av
- Bristen på ett bra system för att kunna följa statistiken, analysera och jämföra har troligen bidragit till sänkta resultat
- Tidsåtgång att ta fram statistik har också bidragit till sämre analys

HALT-mätningen visar ett gott resultat även om det enbart ger en ögonblicksbild. På Aspgården har man under året haft ett förhöjt fokus på vårdhygien och goda förbättringar har noterats.

- Åtgärder. 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. SKR har planer på att återinföra ett nationellt system för mätningarna, vi bevakar frågan. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har tillsatt två hygienombud och har ett ökat fokus på hygienutvecklande arbete under 2025 tillsammans med övriga verksamheter.
- Uppföljning av åtgärder. 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. MAS har också dialog med enhetschefer och hygienombud efter behov. Verktöget PPM-BHK har upphört och det finns förhoppningar om att nytt verktyg ska tas fram. Följs upp i nästa patientsäkerhetsberättelse samt genom checklista för vårhygienisk egenkontroll.

Dokumentation.

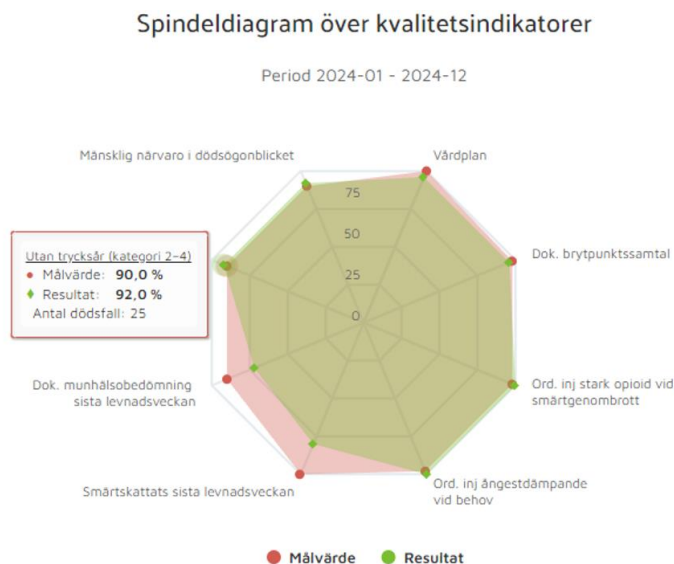
- Identifiering. Journalgranskning görs regelbundet enligt framtagen mall och plan. Detta har förbättrats under 2024. Verksamhetssystemet Lifecare. Systemet är infört och rutiner och arbetssätt har implementerats och utvecklats.
- Analys. Strukturerad journalgranskning har gjorts under 2024. Det framgår att hälso- och sjukvården i viss mån saknar ett enhetligt arbetssätt. I verksamhetssystemet Lifecare ses svårigheter gällande tillgång till information för legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Det finns behov av att öka dokumentationskvaliteten.
- Åtgärder. Dokumentation. Journalgranskning: checklista är reviderad utifrån nytt journalsystem och förenklas. Resultatet behöver efterfrågas från ledningen och åtgärder för förbättringar tas fram i arbetsgrupperna.
- Verksamhetssystemet Lifecare. Fokus i införandet har legat på användandet av KVÅer (åtgärds-koder) och arbetet med ICFer (beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa) behöver utvecklas fortsättningsvis. Vi är konsumenter i NPÖ (nationell patientöversikt) och planerar att ta steget att bli producenter framöver. Ett arbete gällande behörigheter i HSL-journal för

omvårdnadspersonal är påbörjat. Ett arbete är påbörjat för att standardisera hälsoplaner genom fler frastexter för att öka kvaliteten.

- Uppföljning av åtgärder. Journalgranskning är under utveckling. Arbetet med att skapa enhetliga arbetssätt kring dokumentation är påbörjat men behöver utvecklas mot ökad standardisering för att öka kvaliteten.

Palliativ vård.

- Identifiering. Det nationella palliativregistret används. Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är fortsatt lågt, även om värdet förbättrats något. Här har vi jobbat med frastexter och tvingande moment i Lifecare och även förbättrat tydligheten i omvårdnadsmappen. Vi har tidigare haft 100% närvaro i dödsögonblicket, detta är nu nere på 92%. Vi når det nationella målet på 90% men här i Söderköping är målvärdet 100% närvaro. Det ses fortsatt lågt värde på smärtskattning den sista levnadsveckan (80%). Vårdplaner finns i de flesta fall och ligger 96%, straxt under målet som är 100%. Se spindeldiagram nedan. Utbildningar för omvårdnadspersonal hålls fortlöpande.



Figur 1. Från palliativa registret

- Analys. Palliativregistrets resultat visar en mindre förbättring under 2024. En förhoppning finns om fortsatt bättre resultat år 2025 eftersom flera åtgärder vidtogs sent under 2024 och inte fått fullt genomslag under året. Det nya journalsystemet ger bättre förutsättningar genom att nya rutiner för det standardiserade arbetssättet har utarbetats. Det fortsatt lågt värde på smärtskattning beror sannolikt på att det inte dokumenteras på rätt sätt. Det är glädjande att den mänskliga närvaron i dödsögonblicket är över målvärdet och tyder på att detta prioriterats högt.
- Åtgärder. Utbildningsinsatser behöver fortgå och möjlighet till deltagande säkerställas.
- Uppföljning av åtgärder. Palliativregistret följs och resultat behöver kommuniceras till berörda verksamheter. Fortsatt fokus på nytt standardiserat arbetssätt och uppföljning av avvikelser inom området.

Senior alert.

- Identifiering. Registret används framför allt inom SÄBO och har registrerats i samma omfattning som föregående år. Bakomliggande orsaker till risker har dokumenterats i lägre grad men åtgärdsplaner finns i de flesta fall. Dokumentationen av utförda åtgärder är låg.

↑ Uppåt	Vårdprevention				
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sverige	98881	91% ↑ 137 626 av 150 522	81% ↑ 111 434 av 137 626	92% → 126 034 av 137 626	79% ↑ 81 224 av 103 369
Aspgården Säbo	23	100% ↑ 36 av 36	72% ↓ 26 av 36	97% ↑ 35 av 36	38% ↓ 8 av 21
Birkagården	42	99% ↓ 69 av 70	80% ↓ 55 av 69	96% ↓ 66 av 69	78% ↑ 39 av 50

Figur 2. Ur offentlig data Senior alert registret.

- Analys. Senior alert kvalitetsregister. Användningen av det resultat som framkommer ser inte tillfredställande ut men verkligheten ser lyckligtvis bättre ut än inrapporterade siffror. Det är dock glädjande att åtgärdsplaner vid risk upprättas.
- Åtgärder. Senior alert: Insatser behövs för att kommunicera resultat och öka kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen. Detta för att öka kunskapen om nyttan med verktyget och varför alla moment behövs. Förståelsen för det proaktiva arbetet i omvårdnadsprocessen och vikten av att säkra patientens vård framåt behöver säkerställas i teamträffar. Förflyttningen av registreringen i systemet, från legitimerad personal till omvårdnadspersonal medför ökad förståelse. I verksamheter där Senior alert är en naturlig del i teamträffar och på teamkonferenser ses en ökad registrering och uppföljning.
- Uppföljning av åtgärder. Senior alert: Kommunikation kring resultat och nytta behöver öka. Ett arbete kring användande av Senior alert behöver starta även inom hemtjänstens områden.

Läkemedelshantering.

- Identifiering. Delegeringsprocessens alla steg är reviderade. Införande av läkemedelsautomat är påbörjat och genomfört inom ordinärt boende. 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.
- Analys. Införandet av läkemedelsautomater är gjort i hemsjukvården men behöver bli en naturlig del i arbetet. Införandet skedde inför sommaren vilket ökade motiveringen i starten men har försvårat den djupare förankringen i sjuksköterskegruppen. Rutinerna har inte "sätta sig" innan semestern. Genom förbättrad delegeringsprocess har kunskap och kompetens säkerställts över året och har lett till bättre resursanvändning. Fler klarar delegeringsutbildningen på första försöket. En ökad ömsesidig förståelse för läkemedelsdelegering ses i chefsgruppen med ökat patientsäkerhetsfokus
- Åtgärder. Revideringen av delegeringsprovet har genomförts med omformulering av frågor. I det nya arbetssättet förbereds medarbetaren på enheten inför provet vilket har skapat ökad trygghet och säkerhet. Fortsatt fokus ligger främst på nya medarbetare och de som underkänns vid första försöket. Läkemedelsautomater i hemsjukvården har övergått till förvaltning och fokus ligger fortsättningsvis på att det blir ett förstahandsval vid nya läkemedelsövertag.
- Uppföljning av åtgärder. Läkemedelshantering. Fler klarar delegeringsprovet. Vi behöver fortsatt följa upp den nya delegeringsprocessen och säkerställa att behovet av delegerad personal tillgodoses under hela året.

Demensvård

- **Identifiering.** 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. I BPSD-skattningarna ligger Söderköping bra till både i riket och i Östergötland. Medelvärde 15,86 poäng, Östergötland 17,38 och riket 17,72, vilket visar att vi har patienter med färre svåra symtom.
För närvarande är väntetiden ca 1-2 månader för demensutredningar vilket är en förbättring.
Boendetiden på Birkagårdens demensboende är högre än i riket.
- **Analys.** På Birkagården har ett aktivt arbete med bemötandeplaner och omvårdnadsåtgärder gjorts under året som bland annat ökat användandet av levnadsberättelser. Utbildningsåtgärder har genomförts i samband med detta.
I Lifecare har dokumentationen påtagligt förbättrats och går snabbare.
Tillgängliga platser på demensboende är otillräckliga och kö till boende ses, därav görs en genomlysning av demensprocessen.
- **Åtgärder.** En sjuksköterska och en fysioterapeut har gått 7,5 poängsutbildning i demens och förmedlar sina kunskaper till kollegor och omvårdnadspersonal. På Birkagården tillämpas Demenscentrums bedömningsmall vid teamträffar/teamkonferenser.
Utbildningsinsatser i BPSD har genomförts, även anhörigutbildningar och samtalsgrupper har hållits.
- **Uppföljning av åtgärder.** Förutsättningar för god demensvård har ökat. Mallen från Svenskt demenscentrum har ökat användningen av levnadsberättelser.

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?

Antalet avvikelser har minskat och andelen hanterade avvikelser har ökat till att målet för 2024 uppfyllts. Detta antas bero på ett större fokus på avvikelshantering genom förbättringsarbete kring avvikelseprocessen och uppbyggnaden av avvikelshantering i Lifecare.
Bearbetningen av avvikelser har förbättrats betydligt. Under året har 1856 avvikelser registrerats totalt. Det totala antalet avvikelser har minskat med ca 25%. Av dessa är 1238 inom Vårdskadeområdet. Inom det området är antalet läkemedelsrelaterade avvikelser den största delen (470 st) och de har minskat med ca 45% sedan föregående år. Andelen hanterade (mottagen) avvikelser kring vårdskador har ökat till 98% och målet var 80% under 2024 och 100% år 2025.
En händelseanalys är initierad kring vårdskada på grund av fördröjd vård och en IVO-anmälan ska göras utifrån denna i början av 2025.

Inom hälso- och sjukvårdens enheter är alla avvikelser i avvikelssystemet under 2024 bearbetade och slutförda, totalt 91. 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. En stor del av avvikelserna gäller samverkan med Region

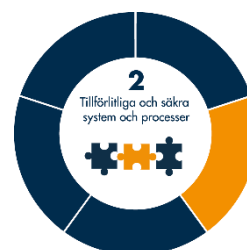
Östergötland och vidare befordras till dem för hantering. Detta har bidragit till att Vrinnevisjukhuset och vårdcentralen i Söderköping vidtagit åtgärder.

Den största mängden HSL-avvikelse inom socialförvaltningens andra enhete, gäller läkemedelshandling. Införande av läkemedelsautomater under 2024 har sannolikt bidragit till minskat antal läkemedelsavvikelse. Cheferna i hemtjänsten har förbättrade möjligheter att ostört arbeta med avvikelse då vissa dagar avsatt för detta och utförs hemifrån. Utbildningsinsatser har genomförts under året gällande avvikelsehantering och utredningsarbetet för chefsgrupperna i respektive område. Detta för att öka kunskapsnivån. Antalet avvikelse mellan vårdgivare har ökat under åren, en trend som håller i sig. Orsaker till detta är främst att verksamheten uppmuntras att skriva avvikelse mellan vårdgivare samt troligen de hårda besparingskrav som Region Östergötland haft under det senaste året.

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).

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 systemet Lifecare. Den största utmaningen är vårdokumentationen där omvårdnadspersonal inte har läsbehörighet i hälso- och sjukvårdsdelen och legitimerad personal inte läsbehörighet i SOL-journalen där omvårdnaden dokumenteras. En ytterligare utmaning är att kunskapen kring omvårdnadsdokumentation varierar utifrån omvårdnadspersonalens utbildningsnivå och språkkunskaper.

Att lära av avvikelse är en stor utvecklingsmöjlighet inom socialförvaltningens. Tillsammans behöver vi använda avvikelse och initiera förbättringsarbeten kopplade till avvikelse. Dialogen och kommunikationen kring avvikelse 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

Läkemedelshandling i vården har gått framåt även om vissa utmaningar kvarstår.

Handlingen 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. Planer finns för att med ekonomiskt stöd från Utfallsfonden utveckla ett Nära-vårdsteam som bygger på grunderna från nuvarande Prehab-projekt och utvecklas i större teamsamverkan och en bredare målgrupp. I detta arbete vill vi möta behovet av att tidigare ”fånga upp” patienter som söker hemtjänst. Detta genom att identifiera, bedöma, ge tidiga insatser och träning öka självständighet längre och minska hemtjänstinsatser. Detta projekt är en del i omställningen till nära vård och ger även möjlighet att arbeta utifrån den nya socialtjänstlagen (2025).

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 har under 2024 att kunna identifieras och ligger till grund för ett mer proaktivt säkerhetsarbete. 15 avvikelser har registrerats som risk för skada.

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.

Avvikelse

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 4st. Två synpunkt gäller medicinska åtgärder, två gäller bemötande och alla har hanterats och återkopplats till anmälaren. I resultat från brukarundersökning på SÄBO anges att man inte känner till hur klagomål kan framföras. Detta finns med i åtgärdsplanerna.

IVO-granskning

Under året 2023 gjorde IVO 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.
 - Den är genomförd och hålls aktuell
- 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.
 - Planen är att minska behovet av delegerad personal bland annat genom införande av läkemedelsautomater. 23 antal automater finns nu ute hos brukare i ordinärt boende.
- Säkerställa att läkemedelsgenomgångar dokumenteras med KVÅ i patientjournalen.
 - Detta görs.
- Analys av läkemedelsavvikelser specifikt.
 - Detta görs och är ett fortsatt fokusområde.
- Genomföra åtgärder efter extern läkemedelsgranskning.
 - Detta genomförs.
- Införa digitala läkemedelsskåp hos patienter med läkemedelsövertag.
 - Detta är fullföljt på vissa enheter men har avstannat något på grund av ostabilt telefonnät. Vi har behövt bryta upp vissa skåp vid telefonistörningar och inväntar stabilare telefoni.

Verksamhetsuppföljningar

I Socialförvaltningens verksamheter har uppföljningar gjorts av sakkunniga och de generella slutsatserna som dragits är:

- Samverkan med hälso- och sjukvårdsorganisationen har tidigare fått kritik men uppges numera fungera mycket bra
- Samverkan med psykiatri brister
- Det är svårt att få till en systematik i avvikelshanteringen men många enheter har kommit framåt
- Följsamhet till basala hygien – och klädrutiner brister generellt med få observationer och låga resultat men flera enheter har tagit tag i arbetet och vi ser en uppåtgående trend i slutet av året

- Det genomförs få dokumentationsgranskningar i verksamheterna
- Det finns stora brister kopplat till genomförandeplaner och över hälften av patienterna har inte en uppdaterad genomförandeplan

Varje verksamhet har efter verksamhetsuppföljningen gjort egna aktivitetsplaner och tar steg framåt.

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. Scenariöövningar har genomförts under året och vissa medarbetare har ingått i ett forskningsprojekt kring dessa frågor och genom detta inhämta kunskap och erfarenheter som kommer 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.

1. Den samlade bedömningen i patientsäkerhetsanalysen från 2023 visar att socialförvaltningen som helhet behöver utvecklas inom patientsäkerhetsområdet och det behovet kvarstår.
2. Proaktivt arbete är en viktig och prioriterad del för att använda resurser effektivt och värna om den växande äldre befolkningens hälsa.

Mål

3. Att öka antalet registrerade risker i avvikelssystemet.
4. Att öka andelen hanterade avvikelser till 100% år 2025.
5. Öka andelen uppföljda handlingsplaner efter genomförda riskanalyser.
6. Ökad självständighet genom att minska invånarnas behov av hemtjänst- och boendeinsatser.

Aktiviteter

7. Fortsatt implementering av avvikelseprocess med fokus på analys, effektiva åtgärder, utvärdering av vidtagna åtgärder, återföring i verksamhet samt lärande inom organisationen.
8. Nära vårds team projekt för att öka invånarnas självständighet. Ökad självständighet genom att minska invånarnas behov av hemtjänst- och boendeinsatser.

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
1. Fortsatt implementering av avvikelseprocessen med fokus på återföring och lärande.	Verksamhetschef HS och sakkunnig SOC	Våren 2025	
2. Nära vårds team projekt för att öka invånarnas självständighet	Mona och Projektansvarig FT Matilda	2025	

2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering

Bakgrund.

9. Den största andelen registrerade avvikelser gäller läkemedelshantering.

Mål

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

Aktiviteter

13. Fortsatt arbete med läkemedelsautomater i socialförvaltningens verksamheter
14. Förbättringsarbete gällande avvikelshantering inklusive en förbättrad uppföljning och återföring av inträffade händelser, vidtagna åtgärder. Ökat lärande i organisationen.

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
3.Fortsatt arbete med läkemedelsautomater i hemtjänsten och sprid till fler verksamheter	Verksamhetsutvecklare HS	2025	
Se aktivitet 2.	Verksamhetschef HS och sakkunnig SOC	Våren 2025	

3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet

Bakgrund.

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

Mål

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

Aktiviteter

- 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
4.Skapa introduktionsprogram i patientsäkerhet för chefer	MAS	2025	

5.Utbildningsinsatser i Senior alert för chefer och omvårdnadspersonal	Verksamhetsutvecklare HS	Höst 2025	
6.Revideringsprojekt Senior alert LSS och SÄBO	Verksamhetsutvecklare HS	Våren 2025	
7.Införandeprojekt Senior alert i hemtjänst	Verksamhetsutvecklare HS	Hösten 2025	

4. Säker informationsöverföring mellan HSL och SOL

Bakgrund

- Omvårdnadspersonal har inte behörighet att läsa eller dokumentera i HSL-journalen i Lifecare.
 - Detta leder till att informationen från legitimerad personal blir begränsad till uppdrag i Lifecare, mail och muntliga rapporter. Information om genomförda insatser, behandlingar, bedömningar eller rondanteckningar kommer inte alltid vidare till omvårdnadspersonalen.
- Legitimerad personal har inte läsbehörighet i SOL-journalen i Lifecare.
 - Viss information och uppföljning dokumenteras idag i SOL-journalen och blir inte tillgänglig för legitimerad personal om inte anteckning aktivt delas av omvårdnadspersonalen, för varje tillfälle.
 - Legitimerad sjukvårdspersonal har inte behörighet i SOL-journal men omvårdnadspersonal skulle kunna få behörighet i HSL-journal eftersom de utför uppdrag för HSL och då räknas som HSL-personal.

Mål

- Patientsäker dokumentation som är tillgänglig för de som utför HSL-uppdrag och behöver informationen.
- Möjlighet för omvårdnadspersonal att kunna dokumentera sina aktiviteter och observationer direkt i HSL-journalen
- Informationshanteringen är säkrad genom kompetens/utbildning, journalgranskning och loggkontroller.

Aktiviteter

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
8.Hitta lösningar för omvårdnadspersonalens möjlighet att läsa och	Verksamhetschef HS, VoO, LSS och MAS	2025	

skriva i HS-journalen. Säkerställa logg-kontroller.			
9.Utbilda personalgrupper i HS-dokumentation	Verksamhetsutvecklare HS	2025	
10.SBAR kommunikation aktualiseras.	Enhetschef HS	2025	

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
- Utbildningsinsatser för chefer gällande riskanalyser

Ordförklaringar

APT	Arbetsplatsträff
BHK	Basala hygien- och klädrutiner
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
ICF	Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, är en av WHO:s huvudklassifikationer. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa.
IVO	Tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg

KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ utgör en sammanslagning av Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) och Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ).
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.

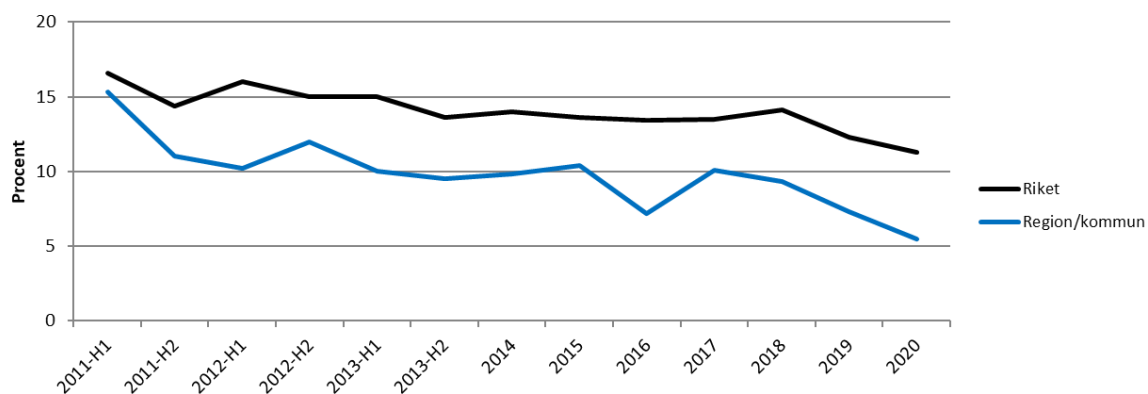
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella 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. Vis ökning på enstaka 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 (1gl år). Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad</i>	<i>PPM-trycksår Sveriges Kommuner och Regioner</i>