

Patientsäkerhetsberättelse för Huddinge kommun 2022



2023-01-23

Sofia Tunel och Jörgen Norberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer VON-2023/78.118

Inledning

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"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.



Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Informationssäkerhet	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter.....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	19
Utvecklingsområden	19
Bilaga 1. Ansvarsfördelning gällande patientsäkerhetsarbete	21
Bilaga 2 Process för avvikelshantering.....	22



SAMMANFATTNING

Under 2022 har verksamheten primärt fokuserat på förbättrad kvalitet av den palliativa vården, ökad systematik i patientsäkerhetsarbetet och patientsäker dokumentation. Inget av de mål som formulerades för dessa områden inför 2022 har uppnåtts fullt ut och kommer därför kvarstå under 2023.

Avvikelsehanteringen har genomgått stora förändringar i form av både nytt avvikelssystem och nya arbetssätt. Arbetet med att kartlägga och förbättra hälso- och sjukvårdens processer har pågått under året.

Under 2023 kommer en nulägesbild av patientsäkerhetsarbetet att tas fram med hjälp av Sveriges kommuner och regioner (SKR) analysverktyg för ökad patientsäkerhet och utifrån resultatet av analysen kommer en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet upprättas. Verksamheten planerar också för implementering av hälso- och sjukvårdsprocesserna, fortsatt utvecklingsarbete gällande den palliativa vården och för ökad systematik i patientsäkerhetsarbetet.



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

De övergripande målen under 2022 har varit god kvalitet på den palliativa vården, välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäker dokumentation.

De strategier som använts för att uppnå målen har omfattat att kartlägga, dokumentera och förbättra hälso- och sjukvårdens alla processer. Implementering av dessa kommer att ske under 2023. För att stärka den palliativa vården har äldreomsorgen beslutat att ta ett helhetsgrepp för att utveckla området. Patientsäkerhetsarbetet har stärkts genom utveckling av avvikelshanteringens gällande både process och system. Egenkontroller inom dokumentationen har utvecklats för att säkerställa patientsäker dokumentation.

Organisation och ansvar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer inom äldreomsorgens särskilda boenden (SÄBO), dagverksamhet, boenden med särskilt stöd inom LSS, daglig verksamhet inom LSS samt socialpsykiatrins särskilda boenden.

I Huddinge kommun är all hälso- och sjukvård organiserad under äldreomsorgen. Legitimerad personal (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) är fördelade på två enheter. Sjuksköterskeenheten arbetar inom äldreomsorgens SÄBO och hälso- och sjukvårdsorganisationsenheten (HSO-enheten) arbetar inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin. Äldreomsorgens rehabpersonal är



organiserade under HSO-enheten. Äldreomsorgens verksamhetschef har uppdragit ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor till den person som är enhetschef för sjuksköterskeenheten och HSO-enheten.

Inom SÄBO ansvarar läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB för läkarinsatser. Inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatri ansvarar primärvårdens vårdcentraler för läkarinsatser.

Smittskydd Stockholm har det övergripande ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen och utgör kommunens vårdhygieniska expertis.

Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal

kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med vården.

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat på olika funktioner, varav vissa är lagstadda och vissa kan skilja sig åt beroende på hur kommunen valt att organisera sin hälso- och sjukvård. Se bilaga 1.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En vårdskada definieras som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Samverkan mellan Huddinge kommun och olika aktörer sker ur flera perspektiv och med varierande fokus, exempelvis utskrivningsprocessen och god och nära vård¹. Det är väl känt att vårdens övergångar är ett riskområde och att välfungerande samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning i arbetet med att förebygga vårdskador. Utöver den patientnära samverkan som sker löpande mellan vårdgivare finns ett flertal samverkansforum på mer övergripande nivå:

¹ God och nära vård kan beskrivas som ett övergripande mål för den nationella omställning som pågår inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.



- Regelbundna avstämningar har skett mellan Huddinge geriatriken, kommunens MAS och äldreomsorgens Bistånd- och förebyggande verksamhet (BOF), i syfte att upprätthålla en nära och god samverkan mellan parterna på grund av höga flöden av patienter mellan regionens Geriatrik och kommunens SÄBOn.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är sammankallande till möten med kommunerna i södra länet. Forumet uppstod under pandemin men kommer sannolikt fortsätta med fokus på god och nära vård.
- Huddinges sju vårdcentraler, primärvårdsrehab, ASIH (avancerad sjukvård i hemmet), kommunens MAS och representant från BOF (äldreomsorg och funktionshinderomsorg) samverkar regelbundet i ett lokalt nätverk med fokus på samverkansfrågor och omställningen till god och nära vård.
- HSO-enheten (legitimerad personal inom funktionshinderomsorgen) har samverkansmöten med habiliteringen två gånger per år samt vid behov i enskilda patientfall.
- Södra Stockholms forsknings- och utvecklingsenhet för äldreomsorgen, Nestor FoU-center, har varit sammankallande till regelbundna samverkansmöten med region och kommun i syfte att gemensamt utveckla samverkan mellan region och kommun gällande SIP², LUS³, nutritionsprocessen, fall och avvikelshantering.
- Regelbundna samverkansmöten sker på övergripande nivå med äldreomsorgens läkarorganisation Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB och Huddinges MAS tillsammans med andra medicinskt ansvariga sjuksköterskor som har samarbete med läkarorganisationen.
- De kommunala samverkansmötena med Familjeläkarna, MAS, och enhetschef för kommunens hälso- och sjukvård endast hållits vid ett tillfälle under 2022. Det har framförts av MAS att dessa möten måste hållas med tätare frekvens under 2023.

Utveckling av samverkan under 2022

Pandemin medförde att samverkan intensifierades på flera områden. Utmaningen framåt är att hitta former för stabil och långvarig samverkan på alla de områden där behovet finns.

² Samordnad individuell plan

³ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Under 2022 har följande utveckling skett på området samverkan:

- StorSthlm och Region Stockholm har tagit fram en huvudöverenskommelse (HÖK) om samverkan kring hälsa, vård och omsorg mellan kommunerna i Stockholms län och regionen. Överenskommelsen började gälla från september 2022. Huvudöverenskommelsen beskriver hur samverkan mellan kommun och region ska ske på länsövergripande såväl som delregional och lokal nivå, samt hur samverkan ska följas upp.
- En samverkansrutin gällande diabetes för individer på SÄBO har upprättats mellan läkarorganisation och kommunen.
- Samverkansöverenskommelsen mellan kommunens hälso- och sjukvårdsenhet inom funktionshinderomsorgen och primärvårdens vårdcentraler har reviderats och fastställs i början av 2023.

Ytterligare behov av utveckling på området samverkan:

- Samverkan med psykiatri sydväst har inte kunnat genomföras under året på grund av organisatoriska förändringar i regionen. Det finns ett stort behov av välfungerande samverkan inom området då många brukare inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin har pågående vårdkontakt med psykiatrin.
- Identifiera i vilka processer mer verksamhetsnära samverkan med andra vårdaktörer behöver upprättas.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



För att bidra till en god patientsäkerhetskultur diskuteras risker och händelser som stående punkt på arbetsplatsträffar på enheterna. Gemenskap, trivsel och högt i tak bidrar till en öppen dialog. För att ytterligare bidra till ökad förståelse för syftet med avvikelserapportering betonas återkommande att avvikelserapportering handlar om att

utveckla verksamheten och inte om att peka ut enskilda individer. Det är viktigt att medarbetarna får återkoppling på vilka kvalitetsförbättrande åtgärder avvikelserna lett till.

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) är en enkät upprättad av SKR och innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Under 2023 kommer ett pilotgenomförande att ske i verksamheten.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Utöver att varje medarbetare ska ha en definierad grundkompetens för respektive yrkesfunktion säkerställer enhetscheferna att varje arbetspass bemannas av personer med rätt kompetens bland annat genom att se till att ny personal arbetar tillsammans med erfaren kollega och genom att se till att personal med delegering alltid finns på plats. I grundkompetensen inom SÄBO ingår bland annat att omsorgspersonal ska ha genomgått webbutbildningar på områdena demens, palliativ vård, skyddsåtgärder och basala hygienrutiner. Inom funktionshinderomsorgen upprättas en individuell plan för yrkeskompetens efter att kartläggning av kunskap på ett antal definierade områden gjorts. Hälso- och sjukvård ingår där som en del. Bland annat genomför personalen svenskt demenscentrums webbutbildning *Att åldras med funktionsnedsättning*.

Under året har legitimerad personal genomgått kompetensutvecklande utbildningar inom bland annat sårvård, nutitionsprocessen samt diabetesbehandling med fokus på den äldre patienten. För att stärka patientens delaktighet i vården har utbildning och träning gällande kommunikation genomförts. Utbildning har även genomförts gällande avancerad smärtbehandling hos äldre samt vid demens. Ute på enheterna undervisar sjuksköterskorna på APT, utifrån identifierade behov, om olika hälso- och sjukvårdsrelaterade ämnen.

Både legitimerad personal och omsorgspersonal har tagit del av flera av palliativt kunskapscentrum (PKC) utbildningar. Inom äldreomsorgen bland annat gällande tidigt

palliativt förhållningssätt, och inom funktionshinderomsorgen har utbildningen *Trygg när döden närmar sig* genomförts.

I och med den nya föreskriften (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder som trädde i kraft 1 november 2022 ska alla medarbetare nu årligen genomgå utbildning på området.

För ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete krävs kunskap på området. MAS planerar därför att genomföra en basutbildning i patientsäkerhet riktad till legitimerad personal respektive enhetschefer på boendena för att ge bättre förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet.

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.



När det gäller hur patienter och anhöriga involveras i den egna vården lyfter enheterna den levnadsberättelse som upprättats vid inskrivning på boendet. Likaså lyfter man ett aktivt och levande arbete med den genomförandeplan som upprättas i samråd med patient, anhörig och det vård- och omsorgsteam som jobbar med patienten. Utvärdering av personliga önskemål görs löpande. Om muntlig kommunikation ej är möjlig bedöms den enskildes vilja utifrån "uppfattad vilja och tidigare uttryck av värderingar och önskemål. Förmågor stimuleras genom att inte ta över något som den enskilde kan själv.

Inom demensvården strävar man efter att utföra ett arbete som bygger på demensvårdens fyra hörnstenar; symtomkontroll, kommunikation och relation, teamarbete och närståendestöd. Detta kompletteras med metoder och verktyg, till exempel BPSD⁴ –registreringar och bemötandeplaner. Det förekommer även brukarkonferenser för att tillvarata patientperspektivet.

⁴ BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Sedan hösten 2022 erbjuds anhöriga på SÄBO att delta i en enkät gällande upplevelsen av vården i livets slutskede i syfte att förbättra kvaliteten på den palliativa vården.

För att möjliggöra patientmedverkan inom funktionshinderomsorgen förstärks den information som ges med hjälp av olika kognitiva hjälpmedel och tydliggörande pedagogik, exempelvis bildstöd, seriesamtal eller ritprat⁵.

Brukare inom socialpsykiatrins boenden kan behöva stöd i form av dialog kring läkemedel och hälsa eller att personal kan följa med vid läkarbesök.

I verksamhetsuppföljning 2021 framkom det att medverkan av patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas av verksamheten. För att bättre tillvarata patienters och närståendes synpunkter har processen för klagomålshantering förtydligats.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.

Arbetet med att riskbedöma processer och utifrån identifierade risker upprätta egenkontroller sker löpande. Resultat från egenkontroller används som underlag för kvalitetshöjande åtgärder på både enhets- och sektionsnivå.

För att mäta utvecklingen på de områden som identifierats som extra angelägna för patientsäkerheten formulerades inför 2022 ett antal specifika mål. Nedan redovisas



⁵ Ritprat är en metod och ett pedagogiskt stöd som har utvecklats för att visualisera olika händelser och situationer för personer som har kognitiva svårigheter, som till exempel personer med autism.

uppföljning av dessa. Inget av målen har uppnåtts fullt ut och det är angeläget att verksamheten arbetar aktivt för att uppnå dessa under kommande år.

Närvaro vid livets slut

Vård i livets slutskede ska vara av hög kvalitet, personens önskemål ska tillgodoses så långt som möjligt och ingen ska behöva dö ensam. Andelen patienter som haft någon närvarande vid dödsögonblicket har sedan förra året ökat från 71,9% till 78,6%. Verksamheten kommer under 2023 att fokusera på att höja kvaliteten på den palliativa vården. En strategi för att uppnå jämlik vård gällande närvaro vid livets slut är att undanröja ekonomiska hinder för att sätta in vak. Genom att upprätta en gemensam ekonomisk pott för vak belastas inte enhetens budget och förutsättningarna blir därmed lika för alla enheter inom äldreomsorgen.

Utvärdering av mål:

Målet att ingen ska behöva dö ensam är inte uppnått och kommer att kvarstå.

Vårdplaner för palliativ vård

För att säkerställa god kvalitet i den palliativa vården behöver det finnas vårdplaner för samtliga patienter som befinner sig i livets slutskede. Enligt socialstyrelsen är trycksår och munhälsa viktiga kvalitetsindikatorer gällande palliativ vård. Det är viktigt att alla får möjlighet att behålla en god munhälsa även i livets slutskede. Noggrann uppmärksamhet på munvården ökar välbefinnandet med ökad livskvalitet hos den sjuke. Även avsaknad av trycksår hos svårt sjuka människor ses som en indikator på god vård.

Journalgranskning visar att det fortfarande saknas vårdplaner för munvård och trycksårspåbyggande åtgärder i 52% av de avlidnas journaler. Föregående år var motsvarande siffra 7%. Det har därmed skett en påtaglig försämring på området.

Under slutet av 2022 har standardiserad vårdplan för palliativ vård upprättats och frastexter har lagts in i journalsystemet. Vårdplaner har även lagts till som en punkt i checklistan för vård i livets slut. Resultatet av dessa förändringar har sannolikt inte fångats upp i journalgranskningen då de genomfördes sent på året. Med anledning av det kraftigt försämrade resultatet kommer en ny journalgranskning att genomföras våren 2023.



Utvärdering av mål:

Målet att det ska finnas vårdplaner för trycksårspåbyggande åtgärder och munvård för alla patienter i livets slut har inte uppnåtts och kommer därför att kvarstå.

Plan för kompetensutveckling palliativ vård

Vården ska vara kunskapsbaserad och för att upprätthålla kompetens och fylla på med ny kunskap över tid behövs en långsiktig plan. Genom att definiera vad som är grundläggande kunskap och påbyggnadskunskap för varje yrkesfunktion inom området palliativ vård kan en tydlig plan för utbildning göras. Kvaliteten på den palliativa vården förväntas därmed öka på både kort och lång sikt. En kompetensutvecklingsplan för SÄBO upprättas under 2023 inom det palliativa projektet. Inom funktionshinderomsorgen finns ännu ingen kompetensutvecklingsplan på området.

Utvärdering av mål:

Målet att det ska finnas utbildningsplaner för palliativ vård har ännu inte uppnåtts och kommer att kvarstå.

Metodstöd för analys av avvikelser

För att uppnå patientsäker vård krävs att många olika faktorer finns på plats. Analys av avvikelser och bakomliggande orsaker är en av de metoder som används för att utveckla vården. För att öka kvaliteten i avvikelshanteringen på enheterna och för att få ett gemensamt arbetssätt med händelseanalys och identifiering av relevanta åtgärder över hela organisationen sattes som mål inför 2022 att ett metodstöd för kvalitetsråd (forum för analys av avvikelser på enhetsnivå) skulle upprättas och användas i alla verksamheter.

Utvärdering av mål:

Arbetet med att upprätta metodstödet har pågått under året men då stort fokus har legat på implementering av ny avvikelseprocess och ny avvikelsemodul har metodstödet ännu inte färdigställts och implementerats. Målet att metodstöd ska upprättas och användas i alla verksamheter har inte uppnåtts och kommer att kvarstå till nästa år.

Patientsäker informationsöverföring



En förutsättning för att kunna ge god och säker vård är att informationsöverföringen fungerar. För att utvärdera hur den skriftliga delen av informationsöverföringen fungerar i organisationen granskades den del i patientjournalen där legitimerad personal för över information till omsorgspersonal.

Som mål sattes att, av leg personal bedömd, relevant information ska finnas synlig för omsorgspersonalen i 100% av journalerna. Granskning visar att 88% av journalerna hade relevant information synlig för omsorgspersonalen.

Utvärdering av mål:

Målet att relevant information ska finnas synlig för omsorgspersonalen i 100% av journalerna har inte uppnåtts och kommer att kvarstå till nästa år.



Tabell över egenkontroller

Område	Syfte och Mål	Källa och frekvens
Vårdhygien <i>Basala hygienrutiner och klädregler</i>	Mätning av varje medarbetares följsamhet till basala hygienrutiner, för att förebygga smittspridning och därigenom säkerställa patientsäkerheten.	Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner enligt Vårdhygiens protokoll. 2 gånger per år
Vårdhygien <i>Övergripande bedömning av det vårdhygieniska arbetet</i>	Identifiering av vårdhygieniska förbättringsområden för att uppnå god vårdhygienisk standard	Checklista för bedömning av det vårdhygieniska arbetet 1 gång per år
Vårdhygien <i>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler</i>	Mätning av medarbetares följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, i syfte att uppnå god vårdhygienisk standard.	SKRs nationella punktprevalensmätning för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Sker via observationer. 1 gång per år
Systematiskt patientsäkerhetsarbete <i>Avvikelse</i>	Övergripande analys av årets avvikelser för att identifiera risker och utvecklingsområden	Lifecare avvikelser 1 gång per år
Dokumentation <i>Journalgranskning</i>	Höja kvaliteten och identifiera utvecklingsområden för att uppfylla kraven på säker och spårbar dokumentation.	Legitimerad personal granskar sin egen journalföring enligt MAS protokoll. 1 gång per år
Informationssäkerhet <i>Loggkontroller</i>	Kontroll av hur åtkomst till journaler nyttjas för att säkerställa att inre sekretess upprätthålls och för att förebygga otillåten åtkomst.	Enhetschef HSL gör stickprov ur journalsystem efter urval gjort av systemförvaltare. 1 gång per månad
Läkemedelshantering <i>Extern granskning</i>	Syftet är att kontrollera att lagkrav och riktlinjer efterlevs för att uppnå en säker läkemedelshantering.	Extern granskare. 1 gång per år
Läkemedelshantering- <i>Kontrollräkning narkotiska preparat</i>	Kontroll i syfte att upptäcka svinn av narkotiska preparat.	Patientbundna läkemedel 1 gång per vecka Basförråd 1 gång per år.

Informationssäkerhet

Loggkontroller för HSL-dokumentation görs varje månad genom stickprov på ett antal personer

under ett givet dygn. Urvalet görs av Stöd- och utvecklingsenhetens systemförvaltarteam och

förmedlas till enhetschef för legitimerad personal för kontroll.

Loggkontroller för NPÖ (nationell patientöversikt) har inte utförts under 2022 på grund av tekniska svårigheter. Arbetet med att utföra loggkontroller i NPÖ behöver aktualiseras under 2023.

Förberedelser har gjorts under 2022 för att övergå till två-faktorsinloggning i det digitala signeringssystemet för läkemedel. Övergången till två-faktorsinloggning sker i januari 2023 och medför ökad säkerhet för känsliga uppgifter om patienters läkemedelsbehandling och hälso- och sjukvårdsinsatser.

Under 2022 har inga incidenter upptäckts vid loggkontroller.

En personuppgiftsincident rörande lagring av personuppgifter har inträffat under året. Dataskyddsombud och MAS kopplades omgående in, anmälan till integritetsskyddsmyndigheten gjordes och åtgärder vidtogs i form av upprättande av säker lagring av vissa nödvändiga personuppgifter. Integritetsskyddsmyndigheten lade ner utredningen utan ytterligare åtgärd.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Exempel på återkommande bakomliggande orsaker	Exempel på vidtagna eller planerade åtgärder utifrån avvikelsetredningar
Implementering av rutiner och processer	Utbildning diabetes för leg. personal och omsorgspersonal



Uppföljning av förändrat hälsotillstånd	Samverkansrutin diabetes
Dokumentation och informationsöverföring	Förtydligad rutin för hälso- och sjukvårdsrelaterad information i social journal Standardvårdplan diabetes
Patientens delaktighet i vården	Återkommande diskussioner på APT om hur vi tillvaratar patientens och anhörigas perspektiv

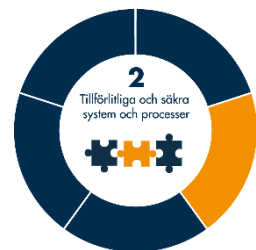
En anmälan av allvarlig vårdskada enligt Lex Maria har gjorts till IVO under året. Händelsen rörde uppföljning av förändrat hälsotillstånd. I utredningen framkom brister rörande: ordination, uppföljning och dokumentation av blodsockerkontroller, uppföljning av förändrat hälsotillstånd, brister i informationsöverföring samt utebliven kontakt med läkare. Bristerna gick att härleda till flera delar av organisationen.

Åtgärder vidtogs bland annat inom områdena rutiner, riktlinjer, utbildning och kompetens. IVO bedömde åtgärderna som adekvata och tillräckliga och avslutade utredningen utan ytterligare åtgärd.

Återföring av lex Mariautredning och även andra avvikelsetredningar har skett på APT.

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.



Palliativ vård

I tidigare interna granskningar samt extern granskning utförd av IVO har man sett behov av att stärka den palliativa vården. Verksamheten har tagit ett helhetsgrepp kring detta och har under året påbörjat ett strukturerat arbete kring palliativ vård i samarbete med PKC som man ingick avtal med i början av 2022. Ett projekt har startats inom



äldreomsorgen med syfte att öka kompetensen hos medarbetare gällande palliativ vård och att uppnå samsyn i arbetssätt och rutiner med målet att öka kvalitén på den palliativa vården. I projektet ingår att på tre pilotenheter utbilda SÄBO-chefer i ledarskap inom palliativ vård, samt att utbilda palliativa ombud.

Nutrition

Under 2022 trädde Socialstyrelsens uppdaterade föreskrift om förebyggande av och behandling vid undernäring i kraft. Föreskriften tydliggör vilka krav som ställs på verksamheter inom både SoL, LSS och HSL.

På SÄBO finns rutiner för att säkerställa att nattfasta inte överstiger 11 timmar. Dock sker ingen egenkontroll av följsamhet till rutinen. Verksamheten bör införa egenkontroller för nattfastemätning.

Vårdhygien och smittskydd

Covid-19 har påverkat verksamheten även under 2022, men i något mindre utsträckning än tidigare. Personalförsörjningen har blivit påverkad då personal insjuknat i relativt hög grad. Hög frånvaro av ordinarie personal och därmed bristande kontinuitet kan innebära patientsäkerhetsrisker och behöver hanteras i verksamheten. Det har periodvis förekommit smitta inom verksamheten men patienterna har inte drabbats lika hårt som tidigare. Bidragande faktorer till detta är hög vaccinationsgrad, inarbetade rutiner och ökad kunskap kring smittförebyggande arbete. Förändringar och lättnader har skett kring provtagning och användning av skyddsutrustning enligt direktiv från smittskydd Stockholm och Vårdhygien Stockholm. Vaccinering har skett enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Enheterna använder sig av resultat från egenkontroller gällande vårdhygien för att identifiera utvecklingsområden och planera förbättringsarbete utifrån dessa. En av egenkontrollerna är SKRs nationella årliga mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Under 2022 halverades deltagandet inom ÄO. Inom funktionshinderomsorgen var deltagandet likande som året innan. Mätningarna visar att



det finns behov av åtgärder på samtliga enheter, bland annat handdesinfektion före handskanvändning. Inför nästa mätning behöver verksamheten säkerställa ett högre deltagande.

Läkemedelsprocessen

Under de externa granskningarna av läkemedelshantering lyftes bland annat att det saknas strukturerad uppföljning av utfärdade delegeringar. Under året har funktionshinderomsorgen börjat använda sig av digital uppföljning i syfte att fånga upp eventuella ytterligare utbildningsbehov. Inom SÄBO behöver uppföljningsprocessen av delegeringar utvecklas. Även nyckelhantering (läkemedelsskåp) framkom som ett utvecklingsområde under granskningen och alla berörda enheter har vidtagit åtgärder utifrån framkomna brister.

Förändrat hälsotillstånd

Som ett resultat av inträffade händelser har processen för förändrat hälsotillstånd förtydligats.

Verksamheten har införskaffat apparater för mätning av CRP (snabbsänka). Tack vare den förenklade diagnostik detta medför kan patienten nu snabbare få tillgång rätt behandling.

Vid bedömning av mängden kvarstående urin i urinblåsan har man tidigare varit hänvisad till tappning av urin med hjälp av kateter, vilket dels ger ökad infektionsrisk men också medför obehag för patienten. Enheterna inom äldreomsorgen har under året fått tillgång till bladderscanner (ultraljudsapparat) för att på ett enkelt sätt kunna bedöma fortsatt handläggning.

Dokumentation och informationsöverföring

Journalgranskning har genomförts med hjälp av ett nytt digitalt formulär. Granskningen visar på behov av utvecklingsarbete gällande bland annat vårdplaner för oro/ångest, smärta och inkontinensvård.

Brister i informationsöverföring är en vanligt förekommande bakomliggande orsak till negativa händelser i verksamheten. En risk som identifierats handlar om att omsorgspersonal inte läser dokumentation i början av sitt arbetspass vilket lett till att man på vissa enheter har förlängt tiden för överrapportering. Det har även uppmärksammats att rutinen för omsorgspersonalens dokumentation av hälsorelaterad information är otydlig. Rutinen kommer att förtydligas under 2023.

Rehab

Det saknas fungerande struktur gällande förflyttningutbildning för ny omsorgspersonal. Verksamheten behöver säkerställa att all personal har rätt kunskap gällande förflyttningsteknik för att minska risken för skada hos både patient och medarbetare.

Teamarbete

Under 2022 genomfördes ett projekt gällande teamarbete vilket bland annat innebar att det skapades en ny struktur för de vård- och omsorgsmöten, som genomförs regelbundet på SÄBO. I och med det nya arbetssättet möjliggörs att riskbedömningar, åtgärdsplanering och uppföljningar sker i multiprofessionella team. Detta medför att fler perspektiv runt patienten fångas upp och därmed ger bättre förutsättningar för personcentrerad och säker vård. Detta ligger i linje med omställningen till god och nära vård.

Kvalitetsregister

Sammanställda resultat från kvalitetsregister⁶ används i för liten utsträckning på både enhets- och sektionsnivå för förbättring av verksamheten. Det metodstöd för kvalitetsråd som ska implementeras under 2023 innefattar stöd till chefer för analys av resultat på enhetsnivå.

Funktionshinderomsorgen använder i dagsläget inga kvalitetsregister, då majoriteten av de register som finns är riktade till äldre personer. Palliativa registret gäller för alla åldrar men eftersom dödsfall i hemmet inom LSS än så länge är ovanligt inom funktionshinderomsorgen har verksamheten valt att inte registrera i detta.

⁶ BPSD, SweDem, Senior alert och Svenska palliativregistret



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.



Identifierade risker

Genom att arbeta med riskinventering utifrån processer, bidrar varje verksamhet och enhet till ökad patientsäkerhet. Identifierade risker hanteras i det digitala ledningssystemet med hjälp av riskanalys. Kring varje risk sker en bedömning av sannolikhet och konsekvens och mot bakgrund av de risker som framkommit i riskanalysen planeras åtgärder och uppföljningar.



Åtgärdsprioriteringen styrs av bedömd risknivå. Här följer ett urval av de risker och åtgärder som hanterats i verksamheten under året:

Risk	Vad har genomförts?	Vilken effekt har åtgärden gett?	Har åtgärden gett önskat resultat eller behövs ytterligare åtgärder?
Att timvikarier samt vissa ordinarie personal inte har delegering.	Ny rutin för delegering av timanställda har skapats och implementerats.	Tydligare arbetssätt, lättare att få till delegering. Tydlighet för HSL personal.	Det finns två delegeringstillfällen varje vecka.
Att personal missar dokumentation via ny HSL-flik i Life Care.	Lifecare har uppdaterats och HSL anteckningarna går att läsa i den sociala journalen.	Lätt att läsa och dokumentera i HSL fliken vilket underlättat informationen.	Åtgärden har gett önskat resultat.

Förekomsten av vikarier inom verksamheten beskrivs även som en risk av både legitimerad personal och chefer då det finns en stor variation i både grundläggande kompetens och kännedom om enheternas rutiner och processer bland vikarierna. Det innebär risker för patienten när det inte finns kontinuitet i den personalgrupp som utför omvårdnaden. För att förekomma de problem som kan uppstå behöver ett aktivt arbete göras för att säkerställa att vikarier får möjlighet att vara uppdaterade på gällande rutiner inför sina arbetspass.

Även språksvårigheter lyfts fram som ett riskområde både lokalt och nationellt. Det är av stor vikt för patientsäkerheten att omsorgspersonal som ska ta emot delegering och utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter kan både ta till sig och förmedla information i tal och skrift.

I samband med kraftiga snöoväder har det uppstått risker för patientsäkerheten, då de elbilar som används av hälso- och sjukvårdsorganisationen inte klarar av varken kraftig kyla eller halt väglag. Detta riskerar att leda till att leg. personal inte kan ta sig fram till patienterna. Vid beslut om vilken typ av fordon som ska användas inom hälso- och sjukvården behöver hänsyn tas till denna risk.

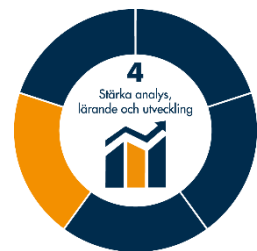
Riskhantering

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.

Av de avvikelser som rapporterats in har 506 klassificerats som risk för vårdskada. Majoriteten av dessa är fallavvikelser som har låga eller mycket låga riskvärden. Det finns ett aktivt fallförebyggande arbete i verksamheten, framförallt på individnivå men verksamheten behöver bedöma om det finns ytterligare åtgärder att sätta in på enhetsnivå för att minska antalet fallolyckor.

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.



Avvikelser

I tidigare patientsäkerhetsberättelser har vikten av utveckling av hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser betonats. Under 2022 infördes ett nytt digitalt avvikelssystem med syfte att förenkla och förtydliga hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser. Avvikelsesystemet har implementerats inom samtliga verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs men det finns behov av ett fortsatt aktivt utvecklingsarbete gällande

bland annat utredningstid, riskvärdering och klassificering samt statistikhantering. För att säkerställa god kvalitet i avvikelshantering bör en egenkontroll på området upprättas.

Det kommer alltid att ske avvikelser inom hälso- och sjukvården men med hjälp av det aktiva patientsäkerhetsarbete som sker i verksamheten kan förekomsten minska. Den sammanvägda bedömningen är att vården har varit säker och av god kvalitet.

Processen för rapportering och utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser har kartlagt och implementerats under året (bilaga 2).

Avvikelsehanteringen är en av de grundläggande delarna i patientsäkerhetsarbetet och övergripande analyser av avvikelser ska ske månadsvis på enhetsnivå. I dagsläget finns ingen redovisning av respektive sektioners avvikelseanalyser. Detta bör verksamheten arbeta med under 2023.

För att möjliggöra lärande av inträffade händelser finns återförande av avvikelser som stående punkt på APT inom funktionshinderomsorgen. På SÄBO ser återföringen av avvikelser olika ut mellan enheterna. Verksamheten behöver se över detta för att säkerställa att lärande sker i hela verksamheten.

I och med övergången till ny avvikelsemodul skiljer sig statistikrapporteringen från tidigare år. Redovisningen avser från och med 2022 endast avslutade avvikelser. Direkta jämförelser med tidigare år kan därför inte göras. Granskning av avvikelser visar att differensen mellan inrapporterade avvikelser och avslutade avvikelser är stor. Detta är delvis ett symptom av att den nya avvikelseprocessen ännu inte är inarbetad. Av det totala antalet avvikelser som har rapporterats in under 2022 (1655 stycken) har 275 stycken ännu inte avslutats. En viss andel avvikelser kommer alltid vara under utredning när statistik hämtas ur systemet, däremot behöver verksamheten arbeta för att förkorta utredningstiden.

Redovisning av statistik för avvikelser

	Äldreomsorgen		Funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin		Varav allvarliga/ri skvärde över 5	Främsta bakomliggande orsaker
Typ av avvikelse	2022	Jämförelse 2021	2022	Jämförelse 2021		
Läkemedel	307	648	71	144	3	Procedurer, rutiner och riktlinjer samt kommunikation och information
Vård och behandling	42	136	7	19	2	Kommunikation och information
Fall	691	772	29	25	86	Omgivning och organisation
Medicintekniska produkter	12	7	1	3	0	Teknik, utrustning och apparatur
Trycksår	2	1	0	0	1	Inga tillgängliga data

Trots övergången till digital signering av läkemedel är förekomsten av avvikelser gällande både utebliven dos och utebliven signering hög. En delförklaring till den höga förekomsten är den automatiska utloggning som sker ur det digitala signeringssystemet för läkemedel. Utloggningen ur den mobila applikationen har medfört att medarbetare ofta inte signerar utförda insatser i anslutning till utförandet, vilket medför att signering riskerar att glömmas bort. I och med övergången till två-faktorsinloggning kan inloggningstiden förlängas och problemet med utebliven signering förväntas minska. Eftersom omsorgspersonalen inte har personliga arbetstelefoner uppstår dock andra risker med förlängd inloggningstid, exempelvis att signering av misstag kan ske i annan medarbetares namn. Denna risk behöver hanteras i verksamheten.



Ett stort antal fallavvikelser rapporteras in årligen och antalet är relativt konstant från år till år. Av inrapporterade fall under 2022 har endast ett lett till allvarlig vårdskada. Det är också vanligt att det är ett fåtal individer på enheterna som står för majoriteten av fall, trots att fallförebyggande åtgärder är vidtagna i den utsträckning det är möjligt. Det fallförebyggande arbete som görs är väl inarbetat och innehåller teambaserade riskbedömningar, åtgärdsplanering och uppföljning i kvalitetsregister.

Även för trycksår och undernäring finns ett fungerande arbetssätt med riskbedömningar, uppföljningar och användning av kvalitetsregister. Rapporteringen av trycksår som avvikelse är låg vilket tyder på att det sker en underrapportering. Granskning av avvikelser visar också att det sannolikt finns en generell underrapportering av avvikelser på vissa enheter.

Implementering är ett komplext område och i många av de avvikelser som hanterats under året ses bristande implementering av rutiner som en bakomliggande faktor. Under våren 2023 kommer en översyn göras av vilket stöd som behövs i verksamheten för att få till ett systematiskt implementeringsarbete.

Brister i informationsöverföring är en vanlig bakomliggande orsak i de avvikelser som rör vård och behandling. Ett rapporteringsstöd för omsorgspersonal har tagits fram under 2022 för att öka kvaliteten på rapportering från omsorgspersonal till leg. personal. Detta stöd har dock av olika anledningar inte implementerats. Verksamheten behöver under 2023 analysera vilken typ av stöd som behövs för att säkerställa patientsäker informationsöverföring vid förändrat hälsotillstånd.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan inkomma på olika sätt till förvaltningen, till exempel muntligen, via post, e-post eller e-formulär. Mottagna klagomål diarieförs och hanteras av ansvarig chef, som även ansvarar för att återkoppling sker till den som inkommit med klagomålet. I dagsläget finns

ingen strukturerad sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter då befintliga system inte möjliggör detta.

Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal

kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med vården.

Tre klagomål rörande hälso- och sjukvård har inkommit via IVO eller patientnämnden.

Klagomål	Inkom via IVO/patientnämnden	Vidtagna åtgärder
Klagomål gällande bland annat fördröjd vård på en gruppbostad.	IVO och patientnämnden	Upprättande av rapporteringsstöd för omsorgspersonal. Revidering av process vid förändrat hälsotillstånd.
Klagomål gällande fördröjd vård på ett SÄBO	IVO	Upprättande av rapporteringsstöd för omsorgspersonal. Revidering av process vid förändrat hälsotillstånd.
Klagomål gällande läkarinsatser på ett SÄBO	Patientnämnden	Klagomålet har hänvisats till aktuell läkarorganisation.

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.



För att få en nulägesbild av hur patientsäkerhetsarbetet ser ut och identifiera och prioritera bland insatser kommer SKRs analysverktyg för ökad patientsäkerhet användas

under 2023. Med analysen som grund kommer en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet tas fram.

Inom ramen för god och nära vård ska även en gemensam handlingsplan tas fram tillsammans med primärvården i Huddinge kommun. Ett av de områden som redan identifierats som risk från både kommunens och primärvårdens sida är samverkan med psykiatri.

Journalföring och informationsöverföring är en återkommande risk och källa till avvikelser i organisationen. Det nuvarande journalsystemet är gammalt och svårarbetat och de risker det medför är svåra att hantera i befintligt system. Under 2023 kommer arbetet påbörjas med att övergå till ett nytt journalsystem som har funktioner för att arbeta metodiskt enligt den processmodell som beskrivs i Nationell Informationsstruktur (NI). Genom att byta till ett modernt journalsystem blir journalföringen mer standardiserad och får därmed en ökad spårbarhet. För medarbetare förväntas dokumentationen bli mindre tidskrävande då det nya systemet baseras mindre på fritext. Det kan dessutom kommunicera med flera andra aktuella system. För patienten förväntas ett modernt system som följer vårdprocessen i större utsträckning ge ökad säkerhet.

Vi står inför en ökad andel äldre i befolkningen, utmaningar i kompetensförsörjning och med behandlingsalternativ som möjliggör mer avancerad vård utanför slutenvården. Detta kommer att påverka den hälso- och sjukvård som bedrivs inom den kommunala primärvården. Kommunens hälso- och sjukvårdsuppdrag ska motsvara den nivå som ges i regionens primärvård. Det finns i dagsläget ingen konsensus kring vad som ingår i begreppet primärvård och redan nu uppstår situationer kring enskilda patienter gällande vårdnivå. Det finns stora patientsäkerhetsrisker med den förskjutning av vårdnivå som nu sker vilken innebär att allt sjukare patienter vistas i kommunens boenden. För att den kommunala vården ska kunna planera och utföra en säker vård även i framtiden är det nödvändigt att definiera vad som ingår i begreppet primärvårdvårdnivå. Detta är en fråga som behöver hanteras på både regional och nationell nivå.



MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Den sammantagna analysen av verksamhetens arbete gällande patientsäkerhet visar att det finns strukturer och goda förutsättningar för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Analysen visar också att det krävs fortsatt utveckling inom flera områden.

Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv är de övergripande målen för 2023; palliativ vård av god kvalitet, välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäker dokumentation. Den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som ska upprättas efter genomförd nulägesanalys kommer att ligga till grund för planering av det fortsatta utvecklingsarbetet.

Utöver de egenkontroller som genomförs regelbundet i verksamheten kommer ett antal specifika områden att följas upp för att bedöma hur kvaliteten i vården utvecklas.

- **Mål:** Ökad andel patienter som haft någon närvarande i dödsögonblicket
- **Mål:** Det finns vårdplaner för trycksårspåbyggande åtgärder och munvård för alla patienter i sent palliativt skede.
- **Mål:** Kompetensutvecklingsplan för löpande utbildning i palliativ vård till alla yrkeskategorier finns upprättad.
- **Mål:** Metodstöd för kvalitetsråd finns upprättat och används på alla enheter.
- **Mål:** Relevant information finns synlig för omsorgspersonalen i 100% av journalerna.

Utvecklingsområden

Här följer en sammanställning av identifierade åtgärdsbehov som verksamheten bör prioritera bland och hantera under 2023.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Basutbildning i patientsäkerhet riktad till legitimerad personal respektive enhetschefer på boendena
- Översyn av vilket stöd som behövs i verksamheten för att förbättra arbetet med implementering



- Utveckla avvikelseprocessen
- Skapa struktur för regelbunden återföring av avvikelser för ökat lärande
- Upprätta sammanställning och analys av avvikelser på sektionsnivå.
- Öka avvikelserapporteringen inom verksamheter med låg rapporteringsgrad
- Utveckla processen för uppföljningar av delegering på SÄBO
- Säkerställa att all personal har rätt kunskap gällande förflyttningsteknik
- Pilotgenomförande av enkät för hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Dokumentation och informationsöverföring

- Förtydliga rutinen för omsorgspersonalens dokumentation av hälsorelaterad information i social journal och arbeta vidare med implementering
- Öka förekomsten av vårdplaner för oro/ångest, smärta och inkontinensvård
- Analysera vilken typ av stöd som behövs för att säkerställa patientsäker informationsöverföring, inklusive rapportering, vid förändrat hälsotillstånd

Samverkan

- Upprätta regelbundna samverkansforum med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB (SÄBO)
- Upprätta regelbundna samverkansforum med Psykiatri sydväst (funktionshinderomsorgen och socialpsykiatri)
- Säkerställa att rutin för vikariehantering följs så att all personal har kännedom om de rutiner och arbetssätt som gäller på enheten

Informationssäkerhet

- Genomföra regelbundna loggkontroller för NPÖ (Nationell patientöversikt)

Egenkontroller

- Införa regelbunden egenkontroll av nattfasta inom SÄBO
- Införa egenkontroll för avvikelshantering

Vårdhygien

- Säkerställa högre deltagande i PPM-mätning
- Upprätta rutin gällande smittförebyggande arbete



Huddinge



Bilaga 1. Ansvarsfördelning gällande patientsäkerhetsarbete

Vårdgivare	Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen
<p>Vård- och omsorgsnämnden i Huddinge kommun är vårdgivare för all hälso- och sjukvård som bedrivs utifrån det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och har det yttersta ansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ansvarsområdet.</p>	<p>Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none">• hälso- och sjukvården bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda riktlinjer och rutiner.• med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och utveckla verksamheten.• se till att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.• säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Enhetschef
<p>MAS har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat.</p> <p>MAS ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none">• upprätta riktlinjer för det kommunala hälso- och sjukvårdsarbetet samt följa upp att dessa efterlevs.• journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.• utfärdade delegeringar är förenliga med patientsäkerheten.• rapportera vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en	<p>Enhetschef ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none">• förutsättningar finns så att omsorgspersonalen kan följa de ordinationer och direktiv som legitimerad personal ger för omvårdnad och rehabiliteringsinsatser genom instruktion eller delegering.• alla medarbetare har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård.• säkerställa följsamhet till riktlinjer och rutiner.• med berörda yrkeskategorier systematiskt följa upp och analysera verksamhetens patientsäkerhetsarbete och vid behov



<p>vårdskada, till vårdgivaren (enligt patientsäkerhetslagen).</p> <ul style="list-style-type: none">• göra anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria på delegation från ansvarig nämnd.	<p>vidta åtgärder samt upprätta en tidsplan för de åtgärder som inte omedelbart kan verkställas.</p>
Legitimerad personal	Delegerad personal
<p>All legitimerad personal har ett eget yrkesansvar att känna till och följa de författningar, riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvårdsarbetet. Legitimerad personal leder från och med 2022 utredning och arbetet kring hälso- och sjukvårdsrelaterade avvikelser på enheterna tillsammans med enhetschef.</p>	<p>Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i dennes vårdarbete och arbetar på direktiv från hälso- och sjukvården eller har tagit emot delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter blir i genomförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. I och med detta har delegerad personal samma skyldigheter som legitimerad personal när de utför delegerade uppgifter.</p>
Alla medarbetare	
<p>Oavsett yrkeskategori ska all personal aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet som en integrerad del i det dagliga arbetet. All personal har också skyldighet att rapportera avvikelser.</p>	

Bilaga. 2 Process för avvikelshantering

