

Patientsäkerhetsberättelse för Socialförvaltningen (socialpsykiatri) År 2024



Diarienummer
Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med berättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vårdskada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	11
Strålskydd	12
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	19
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu.....	20
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

När personer har behov av vård och omsorg från fler vårdgivare samtidigt måste personal från hemtjänst, hemsjukvård, primärvård och specialistvård samspela så att det sammanlagda resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv.

Kommunen använder olika verktyg för att systematiskt följa upp patientsäkerhetsarbetet. De verktyg som används är bland annat punktprevalensmätningar, egenkontroller och system för avvikelshantering.

Avvikelse har under året registrerats, utretts och åtgärdats i verksamheten. Synpunkter, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbete, det medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten förbättras.

Nära vård kommer vara ett ledord framåt. Den största förändringen inom svensk sjukvård står för dörren. Samverkan och teamwork är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt för en omställning till god och nära vård. Omställningen har börjat och gemensamt tar regioner och kommuner sig an utmaningen men med olika förutsättningar. Medarbetare inom den kommunala hälso och sjukvården kommer behöva flytta fokus men också utbildas inom områden som kan bli aktuella i hemsjukvården.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Målet med kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet är enligt nämnd och styrelse att verksamheten ska präglas av god kvalitet, trygghet och trivsel.

Övergripande verksamhetsmål är att uppnå god och säker vård och omsorg. För att uppnå detta krävs strategier för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Strategier för 2025 års patientsäkerhetsarbete:

- Fortsätta utveckla teamwork och öka samarbetet mellan olika professioner i verksamheten. Detta är en utveckling som kommer att gå i takt med omställningen till Nära vård.
- Arbetet med att uppdatera och skapa styrande dokument och processer pågår för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.
- Kvalitetssäkra vården genom att strukturerat arbeta med uppföljningar av avvikelser, synpunkter och klagomål
- Arbeta med riskanalyser vid förändring av verksamheten

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefer och Medicinskt ansvarig sjuksköterska planerar, leder kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom SoL/LSS/HSL på en övergripande nivå.

Den övergripande ledningsgruppen arbetar bland annat med att fastställa rutiner, diskutera och fatta beslut gällande exempelvis nationella undersökningar och övergripande egenkontroller.

Den övergripande ledningsgruppen består av förvaltningschef/VD, medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef för område funktionsstöd, verksamhetschef för område äldreomsorg och verksamhetschef för område hälso- och sjukvård.

Enhetschefen ansvarar för patientsäkerhetsarbetet på respektive enhet utifrån kvalitetsledningssystemet. Syftet med patientsäkerhetsarbetet på en övergripande- samt enhetsnivå är att förbättra, utveckla och säkra patientsäkerheten.

Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom ansvarsområdet enligt 12 kap. 1 § HSL. Kommunen är sjukvårdshuvudman för denna hälso och sjukvård. Om kommunen anlitar privata utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten hos dessa (3 kap. 19 § kommunallagen [1991:900]).

Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren, socialnämnden i Bjuvs kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren följer kontinuerligt upp och utvärderar målen. Vårdgivarens mest grundläggande ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL).

Förvaltningschefs ansvar

Förvaltningschefen ansvarar övergripande för att det arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, **fördjupade analyser inom patient/brukarsäkerhetsområdet**.

Verksamhetschefs ansvar

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar för hälso- och sjukvården som bedrivs i verksamheten. Verksamhetschef HSL ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso och sjukvårdsförordningen, 2017:80).

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska planerar, leder patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom HSL på en övergripande nivå. Tillsammans med verksamhetschefer leder kvalitetsarbetet för gemensamma projekt och egenkontroller på en övergripande nivå. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 1. Läkemedelshantering,
 2. Rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt,

3. Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

- När MAS utreder en allvarlig avvikelse och utredningen visar att det handlar om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada, så anmäler MAS händelsen till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Enhetschefs ansvar

Enhetschef på enhet där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av delegerad personal, ansvarar för att det organisatoriskt kan genomföras hälso- och sjukvårdsinsatser på ett sådant sätt att vårdskador förebyggs. Enhetschef ansvarar för att medarbetare har den kompetens och utbildning som krävs för att hälso- och sjukvårdsinsatser ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt. Enhetschef ansvarar för att personal är väl förtrogen i rapporteringsskyldigheten gällande risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra missförhållande eller vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Legitimerad personal det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patient och/eller dess närstående.

Delegerad hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

I samband med delegering ansvarar uppgiftsmottagaren för vad man meddelat den som delegerar beträffande sin förmåga att kunna fullgöra den aktuella arbetsuppgiften och att de uppgifter som lämnats är korrekta. Den person som sedan är delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser räknas som hälso- och sjukvårdspersonal. Den personen bär själv ansvaret för utförandet av den delegerade arbetsuppgiften.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns ett avtal mellan Region Skåne och samtliga kommuner i Skåne om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården gällande de områden där man har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Syftet med avtalet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Lokal samverkan mellan kommunal och regional primärvård sker veckovis både digitalt samt fysiskt.

I samband med storhelger och eventuella ansträngda perioder sker samverkansmöten mellan flertalet regionala och kommunala representanter, exempelvis medicinskt ansvariga sjuksköterskor, chefläkare och verksamhetschefer. Nätverket för medicinskt ansvariga

sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering i de nordvästra kommunerna i Skåne har samverkansmöten en gång i månaden, digitalt eller fysiskt utifrån behov.

Strukturerade processer och rutiner finns gällande bland annat samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, kontakt med primärvårdsläkare, läkemedelsgenomgångar och avvikelshantering.

Processer/områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att brukare/patienter drabbas negativt:

Intern samverkan

Intern samverkan mellan enheter utförs bland annat genom teamträffar för att uppnå en personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorg ut efter patientens behov. Arbets sättet ska präglas av resurseffektivitet och ett teamarbete utifrån varje yrkesgrupps uppdrag och kompetens.

Målet med teamarbetet är att patienten bemöts som en person med unika behov där personens vilja och förmågor ska vara en del av multiprofessionella vården.

Teamträffar

Teamträffar kring patienten består av sjuksköterska, omvårdnadspersonal och samordnare. Det övergripande syftet med mötet är att de olika yrkesprofessionerna träffas för att utifrån patients behov diskutera och samordna vård- och omsorgsinsatser.

Ansvarig sjuksköterska har regelbundna träffar med arbetsterapeut och fysioterapeut kring patientärendet.

Ledningsmöte

Inom samtliga områden träffas enhetschefer, verksamhetschef och verksamhetsutvecklare om sådan finns, regelbundet. Mötena finns för att diskutera verksamhetsfrågor samt aktuella områden inom verksamheten på en lokal-, regional- eller nationell nivå.

Extern samverkan

Under året har arbetet med att bli producenter i NPÖ (Nationell Patientöversikt) som är en sammanhållen journalföring mellan olika vårdgivare och kommuner, skett för att i december gå i drift. Producent i NPÖ innebär att vi som vårdgivare delar vissa delar av patienters upprättade journalhandlingar och patientuppgifter till annan vårdgivare. Konsumentskap finns sedan tidigare och det innebär att legitimerad personal kan ta del av patientuppgifter/journalhandlingar upprättade hos andra vårdgivare. Under år 2025 fortsätter arbetet med att förvalta producentskapet genom att kontinuerligt höja kvaliteten på dokumentationen, detta genom bland annat journalgranskning.

Vårdsamverkan SVU (samverkan vid utskrivning)

Kommunen har en representant i arbetsgruppen Vårdsamverkan SVU. Vårdsamverkan SVU är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av Delregional tjänstemannaberedning och Beredningsgrupp nära vård hantera administrativa frågor utifrån angiven aktivitets- och tidplan. Exempel på områden som arbetsgruppen hanterar är flöden i Mina Planer, implementering av utbildning i SIP och SVU med tillhörande rutiner och ge vägledning och stöd kring lokalt samarbete i kommunerna.

Vårdsamverkan medicinsk kvalitet

Arbetsgrupp medicinsk kvalitet är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av delregional tjänstemannaberedning och beredningsgrupp nära vård hantera medicinska frågor utifrån en aktivitets- och tidplan. Arbetsgruppen består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från de olika kommunerna i nordvästra Skåne, chefläkare inom regional primärvård och chefläkare inom slutenvården.

MAS-nätverk

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ingår i delregionalt nätverk där det samverkas och byts erfarenheter kring frågor som rör hälso- och sjukvård.

Smittskydd

Smittskydd är en funktion inom Region Skåne som arbetar för att reducera smittöverföring till och mellan människor. Smittskydd tillhandahåller bland annat sjukdomsinformation och smittskyddsblad.

Vårdhygien

Vårdhygien är en funktion inom Region Skåne som arbetar med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning inom vården. Vårdhygien har upprättat rutiner gällande grundläggande vårdhygien och basala hygienrutiner som ska tillämpas i den kommunala vården och omsorgen. Vårdhygien har också information tillgänglig om olika smittor och hantering av dessa samt information om aktuella utbrott. Vid eventuellt utbrott kan Vårdhygien konsulteras gällande hantering och eventuell smittspårning. Utöver information och rutiner tillhandahålls även utbildning.

Patientnämnden

Patientnämnden arbetar utifrån lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämndens uppgift är att på ett lämpligt sätt stödja och hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål till vårdgivare. Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO är en statlig myndighet som ansvarar för tillsyn och tillståndsprovning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Tillsyn gäller både verksamheter och legitimerad personal. Myndigheten ansvarar även för prövning av klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser som sker inom verksamheten ska rapporteras till IVO av vårdgivaren.

Regionala primärvården (Vårdcentral)

Verksamhetschef och enhetschef för hälso- och sjukvård tillsammans med MAS samverkar med representanter från vårdcentralerna belägna i Bjuvs kommun för att förbättra samarbetet och tillsammans utveckla nära vård. Detta sker regelbundet. Ett gemensamt avtal reglerar råd, stöd och utbildning av läkare till legitimerad personal i verksamheten.

Läkarbil Skåne

Region Skåne bistår med denna tjänst och kan göra hembesök hos patienter när behov finns och efter legitimerad personal varit i kontakt med patientens aktuella vårdcentral. Tjänster som prioriteras är medicinsk bedömning till sjuksköterskor jourtid, hembesök i samband med konstaterande av dödsfall samt hembesök vid bedömning och utfärdande av vårdintyg enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Mobilt team Närsjukvård

Mobila team närsjukvård är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Patienter och anhöriga erbjuds en väg in och en tydlig planering. Legitimerad personal kommer i kontakt med teamet efter dialog med patientens aktuella vårdcentral.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Samverkan mellan kommun och ASIH för att förbättra samarbete som ska gynna brukaren/patienten. Samverkan sker på ledningsnivå samt i verksamheten.

Medelpunkten

Medelpunkten är ett kommunalförbund vars syfte är att hantera hjälpmedel åt medlemskommunerna i Nordvästra Skåne. För att samverka i frågor rörande hjälpmedel finns en struktur för samverkan där kommunen representeras av enhetschef för rehabiliteringen/verksamhetschef hälso- och sjukvård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information måste skyddas utifrån aspekterna tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet. Brister i hantering av information kan få katastrofala följder och ett försämrat förtroende för verksamheten. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering. Ett systematiskt arbete med informationssäkerhet ökar kvaliteten och förtroendet för verksamheten.

En av de viktigaste aspekterna på informationshantering är att tillgodose den enskilde individens säkerhet och integritet. För att uppnå och bibehålla god informationssäkerhet krävs tydliga funktioner, roller och ansvar som samverkar. Arbetet med informationssäkerhet kan då organiseras och följas upp. Alla användare har eget ansvar för informationssäkerhet.

Under 2022 upprättades en ny rutin gällande informationssäkerhet, innehållande ansvarsfördelning utifrån varje profession. I samtliga system ska varje användare ha en individuell behörighet. I system med åtkomst till känsliga personuppgifter så är målet att vi ska använda tvåfaktorsinloggning. Grunden för åtkomst till personuppgifter är att det alltid ska finnas ett professionellt behov och en relation i ärendet. Behörighetstilldelning görs i första hand utifrån funktion, arbetsuppgifter och arbetsområde. Särskilda skäl och arbetsuppgifter kan ge utökad behörighet och åtkomst. Behörighet ska styras till vad man kan och får göra i systemet.

Vårdgivarens beslut om tilldelning av behörighet ska föregås av en behovs- och riskanalys. Vid nyanställning ges behörighet enligt upprättad behovs- och riskanalys utifrån aktuella arbetsuppgifter. Riskanalys ska göras innan ny användare tilldelas behörighet. Vid nya yrkesroller eller arbetsuppgifter ska riskanalys göras i förhållande till uppdraget och behovet av att ta del av uppgifter utifrån vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård som dokumenteras i riskbedömningsmatrisen.

Loggkontroller genomförs enligt upprättad egenkontrollplan utifrån gällande lagar och föreskrifter och skulle avvikelser upptäckas så vidtas relevanta åtgärder.

I slutet av januari år 2024 drabbades IT-miljön i Bjuvs kommun av en attack. Detta innebar att servern, internet samt många verksamhetssystem som till exempel Lifecare låg nere. All kontakt fick ske via telefoner och dokumentationen skedde pappervis på rapportblad för att i efterhand föras in i respektive patients journal.

Efter denna IT-attack insåg man att det saknades vissa rutiner och en kommunikationsplan. En rutin för driftstopp inom dokumentation hälso- och sjukvård skapades bland annat.

Utbildning inom bland annat informationssäkerhet, GDPR och ransomware-attacker har hållits under år 2024 och pågår fortsatt år 2025. Detta i form av små korta e-kurser som tar mindre än fem minuter att genomföra via dator eller mobil. All personal har via mejl fått tillgång till utbildningarna.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Socialförvaltningen bedriver ingen verksamhet som involverar joniserande strålning.

En god säkerhetskultur

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



Arbetet för en god säkerhetskultur drivs på olika nivåer och på flera olika sätt. Kommunikation, reflektion och samverkan inom verksamheten sker både per profession men även tvärprofessionellt i det dagliga arbetet. Att vara medveten om risker, påtala risker och brister samt att rapportera olycksfall, tillbud och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada är viktigt för säkerhetskulturen. Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön och ska undersöka, följa upp och vidta åtgärder för att förebygga ohälsa och olycksfall. Arbetsgivaren ska även informera medarbetare om eventuella risker i arbetet och ska vid behov erbjuda företagshälsovård och aktivt verka för tidig rehabilitering. Arbetsgivaren ska ta fram och säkerställa att medarbetare känner till policys, riktlinjer och rutiner för arbetsmiljöarbetet.

Medarbetaren ska medverka i arbetsmiljöarbetet och sträva efter att ständigt förbättra arbetsmiljön. Det innebär att följa kommunens policys, riktlinjer och rutiner samt använda skyddsanordningar och föreskriven skyddsutrustning i arbete som kräver det. Medarbetaren ska även anmäla förbättringsförslag, riskobservationer, tillbud och olycksfall i kommunens digitala arbetsmiljösystem Stella. Som medarbetare ska man också delta i genomförandet av åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall, liksom samarbeta och aktivt verka för att konflikter, missbruk och kränkande särbehandling förebyggs och åtgärdas.

På patientnivå har medarbetaren skyldighet att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada eller utgöra ett missförhållande. Dessa avvikelser rapporteras i avvikelsemodulen i Lifecare och utreds sedan och följs upp av respektive enhetschef. Vid händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada involveras även medicinskt ansvarig sjuksköterska som då ansvarar för att utreda och anmäla enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lex Sarah-rapporter utreds av ansvarig utredare i verksamheten och vid händelser som utgjort ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande anmäls detta enligt Lex Sarah till IVO.

Framöver finns behov av fortsatta dialoger mellan chefer för legitimerad personal för att tillsammans driva frågor kring brukar- och patientsäkerhet.

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.



Sedan våren 2022 har den digitala lärplattformen Kommunutbildningar använts. Lärplattformen ger en ökad möjlighet till en god kompetensutveckling för medarbetaren, samt möjlighet att skapa individuella utbildningsprogram utefter vad verksamheten har för behov.

Det har tidigare arbetats fram ett utbildningspaket på lärplattformen för att förenkla för medarbetarna. Dessa är utformade efter varje verksamhets utbildningsbehov.

Vi har fortsatt att utveckla vårt introduktionsmaterial för nyanställd personal för att få det så heltäckande som möjligt. I introduktionsmaterialet (uppdelat för SoL, LSS och HSL) ingår utbildning inom bland annat ABC-Akutsjukvård, Basala hygienrutiner, Bemötande, Delegering, Dokumentation och Läkemedel.

I lärplattformen finns ett årshjul av obligatoriska utbildningar, vilket ska underlätta det systematiska kvalitetsarbetet. Årshjulet finns för medarbetare inom SoL och LSS, men saknas inom HSL. Plan finns för att detta ska upprättas under år 2025.

När det gäller den digitala lärplattformen så finns det ett behov av en större uppföljning av vilka som genomfört utbildningar och vilka utbildningar som det finns behov av. Den digitala lärplattformen ska under år 2025 uppdateras med nytt utseende och nya funktioner så att varje verksamhet kan skapa den ännu mer utifrån sitt behov.

Under 2024 har arbete fortsatt med att säkerställa att alla olika ombud har ett forum för dialog och uppföljning samt att tydliggöra deras uppdragsbeskrivning, till exempel inom dokumentation.

Legitimerad personal ansvarar för delegeringar inom området hälso- och sjukvård. Delegering samt uppföljning av denna årligen är också ett sätt att säkerställa patientsäkerhet och omvårdnadspersonalens kompetens.

Inom hälso- och sjukvården har året präglats utav satsning på kompetenshöjning inom dokumentation och dokumentationssystemet Lifecare. Legitimerad personal har medverkat vid tre hela dagars utbildning från specialistkompetens. Patientjournaler har granskats inför dessa tillfälle och resultat har delgivits. Resultatet visar både sådant som fungerar och sådant som behöver utvecklas så som ICF-dokumentation samt arbete med Hälsoplaner.

Framöver kommer arbetet med dokumentationen fortsätta och följas upp genom journalgranskning samt handledning i mindre grupper. En satsning på att börja arbeta utifrån standardiserade vårdplaner inom flertalet område påbörjades i slutet av år 2024 och fortsätter år 2025.

Verksamheten har avtal med Region Skåne gällande råd, stöd samt fortbildning av personal. I de fall det förekommer avancerad sjukvård i ordinärt och särskilt boende stöttar regionen med

utbildning till personal. Under 2024 har bland annat utbildning i sår, palliativ vård & dödsfall samt diabetes utförts.

Ambitionen framåt är att arbeta med kompetenshöjning utifrån årshjul i vår lärplattform.

Medarbetare inom SoL och LSS ingår i Äldreomsorgslyftet, vilket innebär att genom validering och utbildning vidareutbildas vårdbiträden till undersköterskor. Medarbetare studerar under 2 år för att bli färdigutbildade undersköterskor och diplomerade genom Vård- om omsorgscollege. I dagsläget är över 90 % av omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor.

Kommunen blev år 2020 en del av Vård- och omsorgscollege tillsammans med Höganäs, Åstorp och Helsingborg. Äldreomsorgen samt område funktionsstöd & Socialpsykiatri har tillsammans tagit emot elever under 2024.

Att ta emot elever ger ett lärande i verksamheterna och en möjlighet att rekrytera framtida medarbetare. För att få handleda elever från Vård- och omsorgscollege krävs det att personal som handleder elever är utbildad handledare utifrån Vård- och omsorgscolleges riktlinjer. Att ha utbildade handledare i verksamheterna skapar ett mervärde inte endast för elever utan även för kollegor samt att handledarna uttrycker att de har nytta av sin utbildning även i omvårdnadsarbetet. Handledarutbildningen ger också ett mervärde då handledare kan ge nya medarbetare ett bra stöd under introduktionen. Sammantaget har Omsorg i Bjuv en stor andel utbildade handledare (steg 1& 2), men även ett fåtal som gått steg 3.

Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare. Målet med Yrkesresan är att stärka kompetens och yrkesstolthet för både medarbetare och chefer inom socialtjänsten genom att erbjuda bästa tillgängliga kunskap på ett samlat och pedagogiskt sätt. Utbildningen sker till största delen på en digital plattform och utförs i flera steg.

Ytterligare ett led i kompetensförsörjningsarbetet är att utbilda språkombud. Språkombud är medarbetare med uppdrag att stödja kollegor när det gäller språkutveckling. De fyller också en stor funktion med att stödja elever och kollegor som har ett annat modersmål än svenska.

Inför varje sommar utbildas ny omvårdnadspersonal inom SoL och LSS i Hälso-och sjukvård utav legitimerad personal.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att patienten ska vara en medskapare av sin egen vård och omsorg.

Samtycke mellan olika vård- och omsorgsgivare hämtas från patienten för att säkerställa informationsöverföring. Patienten har rätt att ta tillbaka sitt samtycke. Samtycke dokumenteras i journalsystem.

När en patient flyttar in på boende eller får insatser via hemsjukvård/hemtjänst utförs välkomst-/inskrivningssamtal där patienten samt eventuellt närstående, träffar olika professioner för att skapa relationer och utbyta information.

I Bjuvs kommun erbjuds personer som har beviljats bistånd i form av hemtjänstinsatser enligt SoL en fast omsorgskontakt. Syftet med fast omsorgskontakt är att skapa trygghet och delaktighet.

Genomförandeplan och levnadsberättelse skapas tillsammans med patienten, eventuella närstående och dess kontaktman för att ge förutsättningarna att skapa en så god och individuell omsorg som möjligt. Under 2024 har samtliga verksamheter arbetat med att säkerställa att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner där enhetschefen kontinuerligt kvalitetsgranskar innehållet.

Årligen skickas en patientenkät till patienter som är inskrivna i hemsjukvården med frågor gällande den hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Frågorna rör bland annat tillgång till/kontakt med sjuksköterska, hur patienten upplever delaktighet i planering av vård, hur patienten känner kring förtroende personalen etc. År 2024 skickades ingen patientenkät, men hösten år 2025 planeras detta för att göras på nytt med utökade frågor.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell planering är patientens plan och upprättas då hen har behov av att få insatser från Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och Hälso- och sjukvårdslagen samordnade. SIP kan förekomma exempelvis vid påbörjad kontakt med kommunen, utskrivning från slutenvård, förändrat eller försämrat tillstånd. Närstående bjuds in till SIP efter brukaren/patientens önskemål. Det viktigaste målet med SIP är att patienten blir delaktig i sin plan.

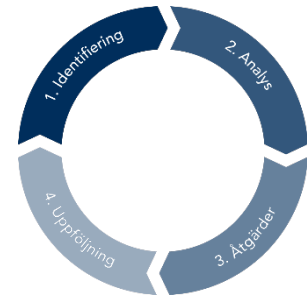
Medicinsk vårdplan

Patienter som endast behöver hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser behöver få samordnat sina insatser. En medicinsk vårdplan behöver tas fram där hälso- och sjukvårdsaktörerna, tillsammans med patienten, planerar för dennes vård. Det finns ett behov att utforma en medicinsk vårdplan och behovet av detta arbetssätt kommer att framföras i Närsjukvårdsrådet.

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. Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet ska dokumenteras i enlighet med SOSFS 2011:9.

Kravet på dokumentation innefattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål och synpunkter samt rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som det finns behov av. Kvalitetsarbetet dokumenteras i ett digitalt verksamhetssystem.

Mål: Egenkontroll via journalgranskning med syfte att utveckla och förbättra dokumentationen.

Resultat: Under år 2024 har journalgranskning av HSL-delen skett via specialistkompetens som tagits in för utbildningsinsats. Markörbaserad journalgranskning har gjorts av specialistkompetensen, av ett färre antal journaler utspritt i verksamheten, vid två tillfälle. Resultat av dessa har gått igenom och hanterats vid två hela utbildningsdagar.

Analys av resultat: Resultat och slutsats efter granskningarna visar att det finns aktivitet inom alla område i processmodellen enligt NI (Vårdbegäran – Bedöma behov av utredning – Utreda – Bedöma behov av åtgärder – Åtgärda – Följa upp) men detta kan utvecklas. Det finns en bra spridning på behandlande åtgärder till våra patienter. Det behöver framgå mer i journalen när patient/närstående fått information/rådgivning/undervisning. Det finns brister i att det saknas ICF-dokumentation överlag samt Hälsoplaner. Kvaliteten på vårdbegäran från omvårdnadspersonalen är till viss del bristfällig och saknar information som är väsentlig för att göra ett ställningstagande om vidare åtgärder från HSL-personal.

Åtgärd: Det finns ett behov av utbildnings-/informationsinsatser för omvårdnadspersonal, för att de optimalt ska kunna informera legitimerad personal om patientens hälsotillstånd via vårdbegäran. Inom SoL och LSS startade i augusti 2024 projektet med att införa IBIC (Individens behov i centrum). Olika professioner har utbildats samt deltagit i workshops.

Parallellt med projektet har arbetet med att starta upp nätverket för dokumentationsstödjare gjorts och en ny funktionsbeskrivning beslutade av ledningsgruppen. Dokumentationsstödjare kommer att finnas som ett stöd i IBIC och dokumentation ute i verksamheterna.

Under 2025 planerar område hälsa att fortsätta med journalgranskning och handledning i mindre grupper för att fortsätta arbeta med vårdprocessen i journalen och områden som behöver förbättras, exempelvis ICF-dokumentation, utredande och behandlande Hälsoplaner. Införande av standardiserade vårdplaner startade i slutet av år 2024 och fortsätter år 2025.

Uppföljning av åtgärd: En gång per år.

Delegeringsförfarande

Med delegering menas att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Det vill säga att sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut har formell kompetens med legitimation för yrket och överlåter en medicinsk uppgift till en omvårdnadspersonal. Hen ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning ha visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att överlåtas/delegerad (SOSFS 1997:14). För detta ska det finnas rutiner som följer den föreskrift som gäller.

Mål: Säkert delegeringsförfarande, minskning av avvikelser kopplade till delegerade uppgifter och kompetens hos personal

Resultat: Antalet HSL-avvikelser har enligt statistiken inte ökat. Dock är det svårt att dra slutsatser gällande vad det beror på.

Analys av resultat: Enhetschefer och legitimerad personal behöver ha fortsatt samverkan för planering av delegeringar, så att delegeringar kan ske på ett säkert sätt med rätt förutsättningar.

Åtgärd: Delegeringsutbildningar finns i den digitala lärplattformen och i pappersform. Vid delegeringar gällande läkemedel så säkerställs kunskapen via ett delegeringstest. Under delegeringstillfället träffar den legitimerade personalen också den som är aktuell för att motta en delegering i syfte att säkerställa medarbetarens kunskap.

Det finns en checklista för delegering för läkemedelshantering men under 2025 kommer fler checklistor att upprättas för användning vid andra delegerbara uppgifter så som sårvård och sondmatning.

Förtydligande/vägledning från MAS har upprättats gällande vilka HSL-åtgärder som är delegerbara.

Uppföljning av åtgärd: Via hantering av avvikelser regelbundet samt uppföljning av delegering årligen.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet. Vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har skyldighet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

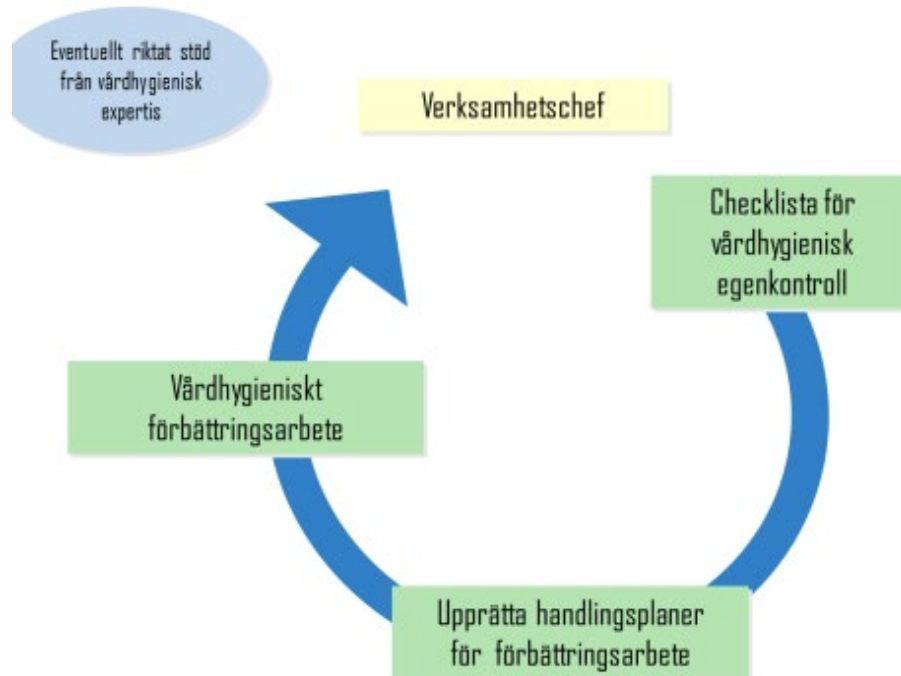
Mål: Egenkontroll och mätning för att upprätthålla god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förebygga och minska smittspridning.

Resultat: Vissa enheter har upprättat handlingsplan utifrån egenkontroll (checklista) enligt verktyg för vårdhygienisk standard. Dessa enheters resultat visar bland annat att brist på uppföljning av hygienrutiner, att regelbundna egenkontroller av följsamheten saknas, att rutin för rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning inte finns samt att rutin för tvätthantering saknas.

Analys av resultat: Det behöver fortsätta att arbetas aktivt med detta verktyg framöver.

Åtgärd: Eftersom Sveriges kommuner och regioner inte längre tillhandahåller punktprevalens mätning för basala hygienrutiner och klädregler så behöver varje enhet/boende arbeta aktivt med årlig egenkontroll. Till stöd finns verktyg för vårdhygienisk egenkontroll. Verktyget omfattar checklista för egenkontroll samt mall för handlingsplan som ska upprättas efter genomgången checklista.

Samtlig personal ska årligen genomgå digital utbildning i basala hygienrutiner. Handcheck har köpts in till område Hälsa och dessa kommer kunna användas under år 2025 i olika verksamheter med syfte att förbättra handhygien enligt basala hygienrutiner för att i sin tur minska eventuell smittspridning.



Under hösten 2024 återinfördes hygienombud samt att man hade nätverksträff som MAS höll i. **Uppföljning av åtgärd:** En gång per år, hösten.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgranskning av basförråd

I samtliga kommuner i Skåne finns ett eller flera läkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Mål:

- Ha en buffertfunktion för akuta dosändringar och ny insättning av läkemedel,
- Undvika akuta dispenserings av dosexpedierade läkemedel,
- Att läkemedel finns tillgängliga så att patientens tillstånd snabbt kan förbättras vid akuta tillstånd och om möjligt undvika akutinläggningar,
- Att läkemedel för palliativ vård alltid finns tillgängligt för patienten i samband med palliativ vård inom primärvården och
- Att sjuksköterska har tillgång till de läkemedel som är ordinerade enligt generella direktiv om läkemedelsbehandling för vuxna i hemsjukvården.

Resultat: Finns inget resultat för år 2024.

Analys av resultat: Finns inget resultat för år 2024.

Åtgärd: Kvalitetsgranskning av basförrådet görs genom en egenkontroll där frågor från Regionen besvaras av ansvariga för basförrådet.

Uppföljning av åtgärd: Vartannat år

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med farmaceut utförs årligen i verksamheter inom särskilt boende samt hemsjukvård.

Mål: Att säkerställa en god läkemedelshantering i alla led inom alla verksamheter som har HSL-ansvar

Resultat: Granskningen visade bland annat att det finns brister i rutin för hur läkemedel ska hanteras vid samverkan med ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) samt ansvarsfördelningen gällande HSL-dokument. Granskningen påvisade också vikten av att patientpärmerna regelbundet ses över så att det är aktuella HSL-dokument i den.

Analys av resultat: Område som bland annat behöver arbetas vidare med och förbättras är att säkerställa en tydlig och korrekt läkemedelslista, att signeringslistan i Alfa Signering stämmer och uppdateras enligt gällande läkemedelslista, rutin för utvärdering av behovsläkemedel, rutin för hur uppföljning av delegering i läkemedel ska ske och hur detta ska dokumenteras.

Åtgärd: Aktivt arbeta med lokala läkemedelsrutiner som ska finnas på varje boende/hemtjänst.

Uppföljning: Vartannat år i samband med ny kvalitetsgranskning samt vid behov.

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.

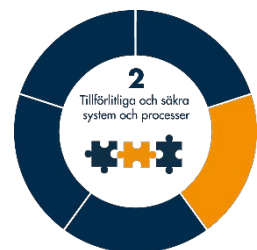
Det har inte förekommit Lex-Maria utredningar under år 2024. Arbetet med bristerna som IVO hittade i deras nationella granskning år 2023 fortlöper kontinuerligt.



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.

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av verksamhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet med att skapa fler egenkontroller inom olika område behöver fortsätta.

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.



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.

Risicanalys är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta för att identifiera risker och på så sätt förebygga vårdskada och eventuella missförhållanden. Riskanalyserna utförs på individ-, enhets-, verksamhets- eller på övergripande nivå. Socialförvaltningen bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Försämringar i patienters allmäntillstånd kan ske snabbt och det är därför viktigt att tidigt upptäcka svårt sjuka patienter och snabbt agera, innan tillståndet hinner förvärras och bli livshotande. Syftet är att i tid fånga en försämring i tillståndet hos en patient, och adekvat agera på denna försämring och besluta om korrekt vårdnivå. Det finns fortsatt behov av utbildning i vitala parametrar, rapporteringsstöd SBAR för all omvårdnadspersonal. Utbildning i ViSam har givits av instruktör till legitimerad personal och detta arbete fortsätter kontinuerligt. Beslutsstödet ViSam är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal primärvård som ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Checklistan ger stöd för sjuksköterskan att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

Alla verksamheter inom området arbetar aktivt med riskbedömningar för skyddsåtgärder. Rehabiliteringspersonal och sjuksköterska har bjudits in till verksamhetsmöte för att öka medvetenheten ytterligare kring skyddsåtgärder och för att få stöd i vilka åtgärder som kan göras. Vid skyddsåtgärder sker regelbundna uppföljningar utifrån gällande rutin. Medarbetare arbetar mer förebyggande och proaktivt kring dessa frågeställningar innan skyddsåtgärder kan bli aktuellt.

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.



Avvikelsehantering är ett ständigt pågående förbättringsarbete och ska användas i ett lärande syfte för att förebygga och undvika liknande händelser framöver. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser. Det är den som upptäcker avvikelserna som ska rapportera avvikelserna i avvikelssystemet i Lifecare.

Avvikelser

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

Medarbetarna ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef och legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om avvikelserna avser en risk för missförhållande ska SAS informeras. Informationen om skyldigheten att rapportera händelser/avvikelser ska ges när en anställning/uppdrag påbörjas och därefter ske återkommande en gång per år för samtliga medarbetare.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef och legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada ska MAS informeras och utreda avvikelserna vidare. Informationen om denna skyldighet ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter ske återkommande en gång per år.

Det är av stor vikt att ansvariga chefer utbildar och informerar legitimerad personal om vikten av avvikelser så att arbetet med utveckling och förbättring kan ske i verksamheten.

SoL/LSS avvikelser	Antal
Antal inrapporterade avvikelser år 2024	1

HSL avvikelser	Antal
Antal inrapporterade avvikelser år 2024	1

Avvikelserna rör läkemedel och insats/ordination/åtgärd. Det antas att det egentligen finns fler avvikelser som skulle rapporteras, dock är det ett fåtal patienter som tillhör socialpsykiatri, så det går inte att säga säkert.

Syftet med avvikelsehantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Det är också av stor vikt att

avvikelseerna som är av allvarlig karaktär involverar medicinskt eller socialt ansvariga för fortsatt utredning i tidigt skede. Följden av att inte utreda enligt rutin kan leda till bristande patient- och brukarsäkerhet. Efter både egenkontroll av avvikelseanalyser samt stickprov i hur utredningar av avvikelser genomförs, är vårdgivarens analys att fortsatt arbete med att stärka och förankra säkerhetskulturen krävs. Effekterna av en bristfällig hantering blir att allvarliga händelser riskerar att upprepas.

Samtliga avvikelser som rapporteras ska även graderas under utredningsprocessen. Graderingen är en viktig del i utredningsförfarandet för att kunna fastställa allvarlighetsgraden. Avvikelseerna som är inrapporterade är graderade till allvarlighetsgrad 1 och 2.

Allvarlighetsgraden och konsekvenser graderas mellan 1–4.

Katastrofal (4)	Dödsfall / självmord. Händelse som hotat den enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Händelse som fått omfattande konsekvenser och lett till omfattande obehag Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för tre eller fler patienter 1) 2) Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter 1)
Måttlig (2)	Händelse som fått konsekvenser och lett till obehag. Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för en eller två patienter 2) Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Mindre obehag, obetydlig skada eller mindre konsekvenser

Lex Maria

Under 2024 har inga händelser anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Historik över antal Lex Maria	Antal
År 2024	0 st
År 2023	1 st
År 2022	1 st

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomålshandlingen är en viktig källa till förbättring och utveckling. Det innebär att Socialförvaltningen tar ansvar för att systematiskt rätta till och förebygga fel och brister i enighet med SOSFS 2011:9. Genom att ge kommuninvånare och besökare möjlighet att lämna synpunkter på service och tjänster kan verksamheten identifiera och rätta till svaga sidor, samt stärka det goda.

Sammantaget har det inte inkommit några rörande Socialpsykiatri i förvaltningen.

Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål	
År 2024	0 st

Externa tillsyner

Patientnämnden

Under 2024 registrerades ett ärende hos patientnämnden. Patientnämnden hänvisade till MAS men också att återkomma till Patientnämnden vid behov. Detta skedde inte, ärendet avslutades. Ärendet gäller missnöjdhet vid förskrivning och borttagande av hjälpmedel.

	Antal inkomna ärenden
År 2024	1
År 2023	1
År 2022	1

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde en nationell granskning av särskilda boende och under 2022 gjordes en tillsyn i förvaltningen. Efter granskningsresultatet presenterade nämnden under 2023 en åtgärdsplan utifrån identifierade förbättringsområden.

Arbetet med åtgärdsplanen efter granskningen pågår kontinuerligt av berörda verksamheter. Vidtagna åtgärder består bland annat av att;

- Skapa årshjul med utbildningar i den digitala lärplattformen för medarbetarna där utbildningarna består av dokumentation, palliativ vård, läkemedelshantering och medicinska bedömningar,
- Bemanning av en bemanningspool av sjuksköterskor som har god kännedom om verksamheten
- Stärka samverkan med vårdcentralerna
- Fortsatt utbildning av språkbud
- Dokumentationsutbildning för legitimerad personal och ökad dokumentationsgranskning
- Utbildning i säker läkemedelshantering för sjuksköterskor och enhetschefer
- Uppdatering av styrande dokument och utbildning gällande palliativ vård samt skapat stödjande dokument som ska vara till gagn då en patient är i behov av vak i livets slutskede. Även om åtgärder vidtagits och verksamheten förbättras så finns utmaningen att förbättra arbetet ytterligare samt fortsätta att arbeta efter den åtgärdsplan som togs fram.

Denna plan arbetas fortfarande och kontinuerligt med där verksamheterna följer upp årligen i samband med att nya mål för verksamhetsplanen sätts upp.

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.



Som vård och omsorgsgivare behöver organisationen planera för att flexibelt kunna anpassas sig till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet.

Kommunen har en riskmedvetenhet och beredskap för att nå dit genom att säkerställa att:

- Ha strategier för brukar/patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet
- Identifiera, kommunicera och planera för risker på lång sikt
- Stärka sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling
- Bedriva en aktiv omvärldsbevakning
- Analysera risker och skapa beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material
- Bedriva ett systematiskt kvalitets och arbetsmiljöarbete
- Beakta långsiktiga konsekvenser för brukare/patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut och ha en god framförhållning i sin kompetensförsörjning
- Skapa möjlighet för brukare/patienter och närstående att delta i brukar/patientsäkerhetsarbetet
- Patienter med kommunal primärvård ska ha läkemedel för minst en månads beredskap i hemmet

Krisledningsplan och rutiner för driftsstopp har setts över efter en IT-attack som skedde i början av året.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetsplanens övergripande mål för år 2025 är att ge en säker vård av god kvalitet med fokus på trygghet, tillgänglighet och delaktighet. Målet är också att ha medarbetare som trivs på sitt arbete, har engagemang i jobbet och vill få verksamheten framåt. En del av målen nedan finns också med i verksamhetsplanen.

Målen med verksamhetens patientsäkerhetsarbete under 2025 är:

- Säkerställa att dokumentation förs enligt gällande lag
- Säkerställa att delegeringsförfarandet sker på ett säkert och bra sätt
- Öka kännedom och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Att säkerställa en korrekt läkemedelshantering från början till slut
- Förbättra arbetet med avvikelser gällande rapportering, hantering och utredning, samt återkoppling, delaktighet och riskmedvetenhet
- Att förebygga vårdskador

- Att kunna upprätthålla en trygg och säker hälso- och sjukvård vid ev. kris

Strategier för att nå målen:

- Utbildning, journalgranskning samt handledning gällande dokumentation. En satsning på att börja arbeta utifrån standardiserade vårdplaner inom flertalet område påbörjades i slutet av år 2024 och fortsätter år 2025. En utmaning är att få all personal att arbeta utifrån dessa. SoL/LSS fortsätter implementera IBIC, detta kan förhoppningsvis leda till att vi får bättre förståelse för de olika lagrummens dokumentation då ”språket” till viss del blir mer lika.
- Upprätta fler checklistor för delegering som stöd för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal inom fler område än läkemedel, detta för att säkerställa rätt kompetens för uppgiften
- Säkerställa att anställda har kännedom om rapporteringsskyldigheten genom information vid anställning och introduktionsutbildning för sommarvikarier, samt återkommande dialoger och utvärderingar kring avvikelser tvärprofessionellt.
- Säkerställa att anställda har god kännedom och följsamhet gällande basala hygienrutiner och klädregler genom information vid anställning, vid behov informera/ utbilda i samband med personalmöte. Genomföra egenkontroll en gång varje år samt upprätta handlingsplan för fortsatt arbete.
- Se över, uppdatera och arbeta aktivt med lokala rutiner för läkemedelshantering på respektive enhet.
- Se över befintliga rutiner gällande driftstopp och kris och vid behov uppdatera dessa eller upprätta nya.
- Det behöver införas egenkontroller mer systematiskt.

Egenkontroller utifrån mål och strategier:

- Dokumentation - journalgranskning
- Avvikelser, klagomål och synpunkter
- Loggkontroller
- Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Granskning av läkemedelshanteringen

Vården som bedrivs inom den kommunala primärvården blir alltmer omfattande och komplex i förhållande till omställningen till god och nära vård där målet är att i större utsträckning kunna vårda och behandla i hemmet. Denna omställning ställer krav på hur vården fortsatt bedrivs och utvecklas för att tillgodose behoven som föreligger för att kunna ge en säker vård av god kvalitet.

Vi behöver fortsätta med omställningen till nära vård. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en personcentrerad, samordnad och samskapad vård som stärker hälsan. Fortsatt arbete behöver göras genom att:

- Utveckla samverkan
- Utveckla och stärka teamsamarbetet mellan olika professioner utifrån verksamhetsbehovet
- Öka patientens delaktighet genom mer personcentrerad vård- och omsorg. All legitimerad personal ska genomgå utbildning ”Steg för steg till en personcentrerad vård” via Ringla akademi

- Öka kunskap och implementering av digitala lösningar relaterat till nära vård
- Arbeta med kompetenshöjning utifrån årshjul och introduktionsprogram i vår lärplattform

Verksamhetsutvecklare inom kommunen har med flera andra nyckelpersoner fått i uppdrag att under år 2025 och framåt, kartlägga övergripande processer inom kommunen. Att kartlägga processer innebär att vi ser och styr de olika arbetssätten inom kommunen som ett flöde av samverkande arbetssätt, för att uppfylla invånarnas behov, uppnå planerade resultat och för att förbättra verksamheten kontinuerligt.