

Patientsäkerhetsberättelse

För Socialnämnden

Gnesta kommun

2023



Inledning

Den nationella mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelse och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Avvikelse	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Kvalitetsregister.....	12
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19
Bilaga 1. Begreppsförklaring för lokal struktur	21
Bilaga 2. Organisation och ansvar	22
Bilaga 3. Samverkan för att förebygga vårdskador	24

Begreppsförklaring för förkortningar som förekommer i Patientsäkerhetsberättelsen:

BHK	Basal hygien och klädregler	PSB	Patientsäkerhetsberättelse
EC	Enhetschef	PSR	Patientsäkerhetsrapport
HSL	Hälso- och sjukvård	SKR	Sveriges kommuner och regioner
H. O	Hygienombud	SSK	Sjuksköterska
L.P	Legitimerad personal	UK	Utskrivningsklar
MTP	Medicintekniska produkter		
NPÖ	Nationell patientöversikt		
PPM	Punktprevalensmätning SKR		

Sammanfattning

Under 2023 har samhället i stort återgått till den vardag som var innan pandemin kopplat till restriktioner som dragits tillbaka. Förvaltningens verksamheter har fortsatt påverkats och haft restriktioner kvar utifrån gällande hälso- och sjukvårdsdirektiv. Mycket tid för hälso- och sjukvårdspersonal har fortsatt gått till pandemiarbete exempelvis vaccinering. Utifrån pandemin som pågått under flera år har kvalitetsarbetet påverkats, under 2023 har förvaltningen arbetat med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra kommuninvånare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar vi haft för att öka patientsäkerheten under 2023.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhet

- Framtagande av ny struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Framtagande av handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Framtagande av egenkontrollplan
- Framtagande av årshjul för patientsäkerhet
- Uppstart av kliniskt tränings centrum (KTC)
- Deltagit i den nationella svensk HALT mätningen
- Utvecklat dokument och samarbete med Regionen gällande den palliativa vården
- Ökat antal av legitimerad sjukvårdspersonal

En blick framåt

En stor farhåga är att SKR har avslutat sitt arbete med patientsäkerhet, inklusive de dokument som funnits. Patientsäkerheten är nu uppdelad på flera olika instanser och risk finns att arbetet nationellt inte kommer att drivas framåt på samma sätt som tidigare.

På lokal nivå är förväntningen att den framtagna strukturen och den beslutade handlingsplanen för ökad patientsäkerhet kommer att stärka det framtida arbetet inom området i förvaltningen.

Ett annat orosmoment framöver är att den nationella mätningen av BHK (basala hygienrutiner och klädregler) inom hygienområdet, som tidigare drivits av SKR, är nedlagd från januari 2024. I samband med detta stängde man även databasen där mätningarna utförts. Detta innebär att det kommer att bli något svårare att genomföra mätningar för BHK och det kommer heller inte att bli möjligt att ta fram någon ny statistik efter 2023. Ingen information har utgått om det kommer att bli en ny databas framtagen.

Under 2024 kommer det huvudsakliga patientsäkerhetsarbetet att bestå av implementering av den nya lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt den beslutade egenkontrollplanen.

Under 2024 kommer även en handlingsplan för det Palliativa arbetet i kommunen att tas fram och implementeras samt material för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter att ses över.

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 (se sid 2. för en helhetsbild).

Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva alltmer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård, omställningen till nära vård samt en demografisk utveckling med en ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen är alla faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

För att vården ska bli säkrare behövs uppföljning, utvärdering och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Under 2023 har fokus varit att ta fram en struktur, se bild nedan. Eftersom det tidigare saknats en struktur för det lokala patientsäkerhetsarbetet, har arbetet varit omfattande. Det har även inneburit god samverkan med patientsäkerhetsansvarig i en grannkommun vilket också har lett till en ökad kvalitetssäkring av arbetet.

I arbetet har det ingått:

- Strukturen i sin helhet (se bild nedan)
- Genomlysning av patientsäkerheten i socialförvaltningens verksamheter
- Omfattande revidering av egenkontrollplan för patientsäkerhet
- Framtagande av årshjul (övergripande patientsäkerhet, legitimerade sjuksköterskor och legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster samt enhetschefer/omsorgspersonal).
- Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet



För begreppsförklaring av strukturbild, se Bilaga 1.

Helhetsstrukturen samt den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är starten på det systematiska arbetet. Nästa steg är implementering av handlingsplanen med uppstart vår 2024, detta för att få en ökad delaktighet från verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Efter implementering kommer arbetet att fokusera på uppföljning och analys samt att skapa de dokument som handlingsplanens analysarbete påvisade behov av. Det innebär att redovisningar av vissa egenkontroller kommer att utföras när dessa dokument och mallar är framtagna.

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.

I analysarbetet har det framkommit att ansvarsfördelningen gällande säker vård behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra det finns ett behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner.



Övergripande mål och strategier

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

Kommunfullmäktige har fem inriktningsmål som utgör grunden för Socialnämndens arbete. Ett av dessa mål är inriktade mot patientsäkerhet, "En trygg vård och omsorg". Det har under 2023 funnits en aktuell verksamhetsplan som Socialförvaltningens övergripande arbete utgått ifrån.

I sammanfattningen för patientsäkerhetsberättelsen för 2022 återfanns rubrik "en blick framåt" där fokusområden och mål för patientsäkerhetsarbetet för 2023 presenterades. På nästa sida följer en kort redogörelse för hur arbetet fortgått gällande dessa områden under 2023.

Område/mål	Status	Analys
Framtagande av lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan	●	Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet är färdigställd och beslutad i nämnd.
Utökad andelen egenkontroller - utifrån internkontrollplan.	●	Omfattande revidering av dokumentet är färdigställd HT 2023 och planen är delgiven nämnd. Dokumentet har bytt namn till egenkontrollplan inklusive kvalitetsindikatorer.
Implementering av internkontrollplan (Egenkontrollplan)	●	Implementering är planerad till vår 2024 för leg. personal.
Utveckla och starta ett kliniskt tränings centrum [KTC] i förvaltningens regi	●	KTC är invigt och öppnat maj 2023 för att stärka kunskap och kompetens inom våra verksamheter.
Framtagande av handlingsplan för palliativ vård	●	Arbete pågår och kommer vara färdigställd vår 2024, inväntar nya rekommendationer från Socialstyrelsen i ämnet.
Ökat användande av evidensbaserade och vedertagna modeller som förespråkas av Sveriges kommuner och regioner [SKR] och Socialstyrelsen, som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet	●	Modeller som kan vara användbara har framkommit via arbete med analysverktyg. Vilka som ska användas och prioriteras, presenteras i lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Valda modeller kan då implementeras under 2024.
Uppstart av digitalsystem: MittVaccin	●	Implementering är utförd och arbetet är fullt igång i samverkan med Regionen.
Fortsatt arbete med omställningen till Nära Vård genom aktiviteter i våra verksamheter (2023-2035)	●	Arbetet är pågående och utbildningsinsatser fortgår på såväl chefs som medarbetarnivå.
Framtagande av lokal läkemedelsrutin	●	Färdigställd april 2023, implementering i verksamheterna är utförd och färdigställd september 2023.

Förklaring lägesrapport:

● = klart ● = pågående ● = ej påbörjat

Organisation och ansvar

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

Den interna organisationen för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i den kommunala verksamheten beskrivs i bilaga 2.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan huvudmän och vårdgivare är av stor vikt för att kunna säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar. En mer detaljerad beskrivning av samverkan återfinns i bilaga 3.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför ska samtycke inhämtas från patienten innan uppgifter lämnas ut till anhöriga eller andra vårdgivare om hans eller hennes mående.

Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet:

Som vårdgivare ska Gnesta kommun utföra slumpmässig kontinuerlig loggkontroll, för att upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Inga intrång eller incidenter gällande patientjournaler har rapporterats under 2023.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheter som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

En god säkerhetskultur

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

I förvaltningen finns det behov av stöd för arbetet med säkerhetskultur. Idag förekommer arbete på enhetsnivå i varierande grad. En systematik och enighet behöver därför tas fram.



Årets fokusområde har varit att ta fram en struktur och handlingsplan för ökad patientsäkerhet, vilket förvaltningen har utfört.

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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.



Det övergripande som skett under 2023:

- Öppnande och startande av ett kliniskt tränings centrum (KTC) Syftet med KTC är att ge vård- och omsorgspersonal möjlighet att träna på olika kliniska färdigheter och moment. KTC är en kvalitetssäkring för våra verksamheter och bidrar till ökad patientsäkerhet genom kontinuerlig träning.

- Omfattande palliativt arbete som inkluderar annan huvudman (Specialiserad sjukvård i hemmet SSIH, samt Vårdcentraler lokal) Föreläsning, workshop samt material har tagits fram för att stärka den palliativa vården i Gnesta kommun
- Ökad användning av och goda resultat i kvalitetsregister (se rubrik: kvalitetsregister)
- Deltagit i Svenska HALT mätning
- Ökad andel anställd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- Gnesta kommun har under våren 2021 tecknat avtal med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om att ingå i "Yrkesresan - en satsning på kompetensutveckling". Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling i socialtjänsten via SKR. Projektet pågår mellan 2021–2027 och totalt ska fem yrkesresor produceras för olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.

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. I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och anhöriga/närstående.

Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering inbjuds vårdtagare in och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner. Brukarråd eller anhörigräffar har varit varierande under året på grund av pågående pandemi där restriktioner fortsättningsvis växlat under året. Under året har hemsjukvården arbetat med en mer patientdelaktig inskrivning med tillhörande dokumentation och rutiner.

Agera för säker vård

Nära Vård – en organisatorisk omställning

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. Det kommer att krävas en hälso- och sjukvård som är flexibel och som kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Det leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen, Sörmlands Län har ett projekt för att samverka i arbetet som drivs av Läns gemensamt regionalt stöd som projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal för

informationsflöde. Under 2022 har länet gemensamt beslutat om en målbild för Nära Vård som sträcker sig till 2035, samt fokusområden från 2023-2027.

Flertalet aktiviteter (som ägs av Region och Kommuner tillsammans) är pågående, exempelvis revidering av utskrivningsprocess och rutiner för att anpassas till omställningen, varje kommun har representanter i dessa arbetsgrupper. Kommunen behöver arbeta vidare med Nära Vård på lokalnivå. På sikt kommer Nära Vård genomsyra flertalet av våra verksamheter och det kommer krävas en större omställning gällande vård och omvårdnad för att kunna möta framtida behov. Hur och på vilket sätt, det är där samverkansprojektet ska vara ett stöd. Under 2023 har vi haft flertalet pågående aktiviteter, förvaltningen är aktiv i omställningen till Nära Vård. Såväl internt som externt driver Gnesta kommun dessa frågor framåt, med fortsatt arbete och implementering av både omställning och kopplade aktiviteter under 2024.

Egenkontroll

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

Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.

Egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer är en del i det systematiska arbetet med att uppnå en god och säker vård utifrån Socialstyrelsens rekommendationer.

Det har tidigare i förvaltningen funnits en internkontrollplan för hälso- och sjukvård/patientsäkerhet. Den tidigare planen var enbart ett verksamhetsdokument på enhetsnivå och det saknades ett arbete på övergripande nivå i förvaltningen. I den tidigare egenkontrollplanen var det även otydligt vem som skulle utföra kontrollmoment, vem som var ansvarig, när det skulle ske och varför.

Den reviderade egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer ingår nu i strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se bild sid 5). Egenkontrollplanen har nu en detaljeringsgrad som gör att tidigare brister blir åtgärdade gällande det systematiska arbetet. En framtida utmaning är att implementera egenkontrollplanen i verksamheterna på enhetsnivå, så att det systematiska arbetet med patientsäkerhet blir en del av det dagliga arbetet.



Egenkontrollerna utgår från de 5 framtagna fokusområdena (se ovan). Utifrån lokal handlingsplan, nationell handlingsplan, struktur för patientsäkerhetsberättelse samt analysverktyg, behöver alla fokusområden ingå i förvaltningens egenkontrollplan för patientsäkerhet. Egenkontroll ska på ett strukturerat sätt redogöra för kvalitets- och effektmått.

De interna egenkontrollerna på verksamhetsnivå, redovisas inte i patientsäkerhetsrapport eller patientsäkerhetsberättelse. I dessa redovisas enbart de verksamhetsövergripande egenkontrollerna där medicinskt ansvarig gör en sammanställning och analys.

Nedan visas en tabell över aktuella egenkontroller för 2024

Fokusområde	Egenkontroll
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (PSL) - sammanställning av data ur avvikelssystem (<i>redovisas PSR 1+2 samt PSB</i>).
Tillförlitliga och säkra system och processer	Granskning delegering – Datainsamling utifrån granskningsmall (<i>redovisas inte 2023, då mall inte är framtagna ännu</i>). Narkotikakontroll – granskning av förbrukningsjournal (<i>intern</i>) Kontroll av samtycke till NPÖ (<i>intern</i>)
Säker vård här och nu	Extern hygienrond (<i>intern</i>) Extern läkemedelsgranskning samt uppföljning (<i>intern</i>)
Stärkt analys lärande och utveckling	PPM mätning av Basala hygienrutiner och regler (<i>redovisas i PSR 1</i>) Svenska HALT (<i>redovisas i PSR 2, året därpå</i>) Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal (<i>intern</i>) Kollegialgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal (<i>intern</i>) Rapport kvalitetsregister (<i>redovisas PSR 1+2 samt PSB</i>). Sammanställning av patientens klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård. (<i>PSB</i>).
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Andel rapporterade risker kopplat till patientsäkerhet (<i>intern</i>) Andel genomförda riskanalyser (<i>redovisas inte 2023, då mall inte är framtagna ännu</i>).

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. I förvaltningen finns ett fungerande digitalt stöd för avvikelshantering, systemet används idag i samtliga verksamheter. Utvecklingsområde är att öka kvaliteten på utredningar samt säkerställa kunskap och kompetens inom området hos chefer och medarbetare.



Har vården varit säker

Tre händelser har under året utretts av MAS/MAR gällande vårdskada alternativt risk för vårdskada. En händelse gällande uppdrag utförare hälso-och sjukvården samt hemtjänst

under juli 2023 bedöms som vårdskada, utredning är genomförd och lex Maria är inskickad till IVO, svar ej erhållet.

Avvikelser

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

Interna avvikelser - kontroll

Inrapportering av avvikelser sker i kommunens digitala avvikelssystem (Treserva).

Inrapporteringen innehar brister. Mas har utfört kontroll av hur risker och avvikelser hanteras i det digitala avvikelssystemet (Treserva) löpande under året.

Det som framkom som förbättringsområden gällande hantering av avvikelser på verksamhetsnivå:

- Beskriven risk och händelseanalys
- Beskrivna åtgärder
- Beskriven uppföljning

Interna avvikelser – statistik

Hälsa- och sjukvårdsavvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (PSL)

Avvikelse enligt PSL	Jan-december 2023	Jan-december 2022
Fall	547	533
Medicinteknisk produkt	16	24
Läkemedel	518	367
Vård, behandling och provtagning	10	11
Vårdrelaterade infektioner/VRI	0	1

Analys:

För att fortsatt främja rapportering gällande avvikelser har utbildningsinsatser genomförts på enhetsnivå i verksamheterna under 2023. För att höja kunskap och medvetande hos såväl ordinarie som nyrekryterade medarbetare samt minska de avvikelser som inträffar men inte dokumenteras. Vi ser positivt på den ökning som skett av avvikelser, då den tidsmässigt inträffat efter utbildningsinsatser.

När det gäller avvikelser inom läkemedelshantering så är det fortfarande uteblivet läkemedel alternativt utebliven signering som är de vanligaste orsakerna. För att minska problematiken (uteblivet läkemedel alt. signering) så har Socialförvaltningen upphandlat ett verksamhetssystem för digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter där det i omvårdnadspersonalens applikation kommer att finnas en påminnelsefunktion för uteblivna signeringar vilket förväntas ge en ökad följsamhet till att utföra ordinationer.

Verksamhetssystemets implementering (för digital signering) var beräknad till fjärde kvartalet 2023, det har nu blivit fördröjd utifrån IT-relaterad problematik, för dagen finns inget nytt startdatum angivet.

Externa avvikelser – statistik

Avvikelsehantering har tidigare skett via Regionens digitala avvikelssystem Synergi. Under 2022 har Gnesta kommun valt att gå ur systemet, då det enbart var två kommuner av nio i länet som använde Regionens system samt att det fanns utmaningar i hanteringen av systemet som extern användare. From höstterminen 2022 sker hanteringen analogt/pappersledes, vilket har fungerat väl.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Region Sörmland

Antal:

- Gnesta kommun har fått in 6 avvikelser från Regionen – samtliga är besvarade.
- Gnesta kommun har sänt 9 avvikelser till olika enheter inom Regionen – 4 har erhållits svar.

Det finns en misstanke om en underrapportering av avvikelser från kommunens verksamheter till Region Sörmland. Ett annat problem är att de avvikelser som skickats sällan blir besvarade av Region Sörmland. Problemet är påtalat i närvårdssamverkan.

Analys

Det har under 2023 varit något fler inkommande avvikelser och något färre utgående avvikelser än föregående år. Då de avvikelser som berör HSL är av ganska olika karaktär är det svårt att dra några slutsatser. Men det som kan läsas ut är att många avvikelser handlar om samverkan med läkare på vårdcentral eller brister i informationsöverföring både från och till kommunens verksamheter till Regionens slutenvård.

Ett nytt informationsöverföringssystem kommer att tas i bruk under 2024 och nya processer och checklistor för utskrivning från slutenvård har tagits fram gemensamt mellan Region Sörmland och länets nio kommuner. Förväntan är att de nya tydligare processerna och det nya systemet ska underlätta informationsöverföring samt minska antalet felaktiga utskrivningar.

Gällande samverkan med läkare på vårdcentraler så följs läkarmedverkansavtalet upp regelbundet 2 gånger/år. Vid dessa uppföljningar diskuteras samverkansproblem och ev. avvikelser mellan verksamheterna följs upp och åtgärdas.

För att underlätta avvikelshantering och möjligen öka rapporteringen mellan vårdgivare kommer en ny intern rutin tas fram under våren 2024. Rutiner både för att skicka en rapport men även för att besvara rapport från annan vårdgivare. Under vår 2024 kommer även en ny blankett att tas fram för rapportering av avvikelser till Region Sörmland. Denna blankett kommer att vara gemensam för alla länets kommuner.

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. Arbete pågår i förvaltningen med att ta fram tydliga strukturer för en patientsäker vård. Det pågår även nationellt arbete med nya och reviderade styrande och vägledande dokument. Grunden till det lokala arbetet är den framtagna strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se sid 5). Detta område är något som behöver utvecklas under kommande år.



Granskning delegering – Datainsamling utifrån granskningsmall (redovisas inte 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024.

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. I förvaltningen har det tidigare varit otydligt och saknats underlag för att kunna arbeta med säker vård här och nu på ett strukturerat sätt. Arbete har påbörjats under 2022-2023 och behöver fortsätta att utvecklas för att uppnå huvudmålsättningen med en god och säker vård.



Säker vård här och nu innehåller enbart interna egenkontroller. För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024.

Riskhantering

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

Arbete med att ta fram ett hållbart arbets sätt för riskhantering och patientsäkerhet har påbörjats och kommer fortsätta under 2024. Det är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser motverkar att avvikelser inträffar, och skulle kunna nyttjas i en högre grad än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet inom samtliga verksamheter behöver tas fram under 2024 och återfinns i aktuell handlingsplan.

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 kvalitet och säkerhet ökar och risken för vårdskador minskar. Det finns ett pågående arbete i förvaltningen som behöver utvecklas gällande systematiskt



förbättringsarbete. Utvecklingsområdena finns främst inom analys av resultat där åtgärder och lärdomar behöver återkopplas i större utsträckning än idag.

Kvalitetsregister

Kvalitetsindikatorer ingår i egenkontrollmomenten och återfinns i egenkontrollplan samt i årshjulets kalendarium. Valda indikatorer ingår i de nationella rekommendationerna och följs för att kunna mäta brister och förbättringar på ett adekvat sätt. För att resultat ska uppnå evidens ska en indikator kunna mätas på lokal, regional och nationell nivå med mätbara mål, ex procentsats, där effektmått lätt kan tas ut.

Kvalitetsregister Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Indikator Senior Alert	Resultat 2023		Målvärde 2023		Resultat 2022	
	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk
Område						
Trycksår	95%	78%	100%	50%	100%	0%
Undernäring	97%	84%	100%	50%	98%	20%
Fall	98%	85%	100%	50%	98%	24%
Munhälsa	98%	70%	100%	60%	96%	38%

Analys kvalitetsregister Senior Alert:

Andel unika personer i registret var 2022 73 individer och 2023 124 individer. Således har det skett en 70% ökning av unika individer i registret vilket vi ser positivt på. Det pågår ett aktivt arbete i verksamheterna med att öka antalet individer som får en riskbedömning, då det är något som är eftersträvarsvärt för att öka kvalitén i vården.

Det är fortfarande så att den största andelen personer som riskbedöms bor på SÄBO men en markant ökning kan ses på personer som bor i ordinärt boende och har hemsjukvård.

Andelen utförd åtgärd vid risk har ökat påfallande, där satta målvärden för 2023 är passerade med stor marginal.

Den oansenliga minskning som observerats av åtgärdsplaner vid risk går i dagsläget inte att analysera, det är ett uppdrag som verksamheterna kommer att arbeta vidare med under 2024, redan hösten 2023 har det påbörjats ett omtag gällande samverkan och teamträffar som har slagit väl ut och kommer fortsätta under 2024.

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Indikator Svenskt Palliativregister	Resultat 2023	Målvärde 2023	Resultat 2022
Dok. Brytpunktssamtal	93,1%	95%	95,8%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	100%	100%	100%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	100%	100%	100%
Smärtskattats sista levnadsveckan	89,7%	75%	62,5%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	79,3%	75%	58,3%
Utan trycksår (kat. 2-4)	96,6%	90%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	86,2%	80%	75%

Analys:

Att registrera i palliativregistret är en del i att kvalitetssäkra och följa upp den palliativa vården.

Ett omfattande arbete gällande palliativ vård har pågått under 2023 i hälso- och sjukvårdsenheten, vilket också märks i det palliativ registrets resultat, se tabell ovan.

Indikator brytpunktssamtal har sjunkit obetydligt från föregående år, sannolikt utifrån förtydligande gällande ansvarsfördelning mellan sjuksköterska och ansvarig läkare, här kommer fortsatt samverkan med Regional primärvård i frågor som rör båda huvudmännen ske.

Verksamheten har arbetat aktivt med att komma till rätta med dokumentation gällande smärtskattning, ex via frastext i journalsystem och framtagandet av ny rutin för palliativ vård, vilket syns. En markant förbättring gällande dokumenterad munhälsobedömning syns också.

Hälso- och sjukvårdsenheten följer nu resultat mer systematiskt i palliativa registret (kvartalsvis via APT) för att kunna arbeta med åtgärder fortgående under året.

Målvärden för 2023 (förutom brytpunktssamtal och dok. brytpunktssamtal) har uppnåtts med god marginal och Gnesta kommuns resultat inom samtliga områden ligger högre än rikets snitt.

BPSD

I förvaltningen bedriver man även ett aktivt arbete med kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). BPSD ingår idag inte som en kvalitetsindikator utifrån svårigheten att sätta relevanta effektmått, då resultatet idag är på individnivå. Utvecklingen av registret följs och i framtiden kan även BPSD komma att läggas till som indikator.

Svenska HALT

Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Svenska HALT initieras årligen av Folkhälsomyndigheten.

Mätningen genomfördes i kommunen första gången 2023. Det nationella resultatet av Svenska HALT presenteras av Folkhälsomyndigheten i juni månad varje år varför Gnesta kommuns resultat kommer att presenteras i Patientsäkerhetsrapport 2 2024.

Övrigt

Övrig framtida indikator är kvalitetsregister RiksSår. Registret har ännu inte implementerats i förvaltningen, implementering planeras för 2024–2025 utifrån att arbetet med Senior Alert och BPSD behöver implementeras fullt ut i samtliga verksamheter innan ännu ett kvalitetsregister tas i bruk.

När RiksSår är implementerat som ett kvalitetsregister och en indikator, har förvaltningen ett strukturerat patientsäkerhetsarbete utifrån de fyra kvalitetsregister som rekommenderas på nationell nivå.

Extern granskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedel

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek. Fokusområdena för detta års kvalitetsgranskning var:

- Läkemedelsleveranser, signeras leveransen?
- Kassation och rutin kring narkotiska läkemedel.
- Batchregistrering av bioteknologiskt läkemedel från förråd.
- Rengöring av dosetter för kontinuerligt bruk.
- Att inga ”bra att ha lådor” förekommer.

Efter granskningarna skickas ett protokoll till ansvarig enhetschef med de förbättringar som behöver genomföras på den aktuella enheten. I sammanställningen av samtliga protokoll, som skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska, framkommer inte att det finns några generella problem på samtliga enheter utan det är varierande saker som behöver åtgärdas på de olika enheterna och överlag ett gott resultat av granskningen.

Upphandlingen av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling är gemensam för alla Sörmlands 9 kommuner. Då det funnits brister i kvaliteten på granskningarna under senaste upphandlingsperioden med nuvarande aktör kommer en ny gemensam upphandling av granskare att ske under 2024.

Extern kvalitetsgranskning av hygiensjuksköterskor

Under 2023 har en (under våren) hygienrond genomförts av hygiensjuksköterskor från Regionen Vårdhygienheten, detta är på hemsjukvård och hemtjänstenhet. Det som framkom vid granskningen var att förrådshandling och transport av sterila produkter inte var optimal utifrån ett hygienperspektiv och behöver åtgärdas samt att ren tvätt förvarades i öppna hyllor. Ansvarig enhetschef på enheterna ansvarar för att åtgärda problem som framkom samt återkoppla åtgärderna till Hygiensjuksköterskor vid en uppföljning. Höstens

granskningar uteblev efter kommens önskan och en satsning på fortutbildning erbjöds istället till, hemtjänst, hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetschefer.

Klagomål och synpunkter

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

För att det ska bli enklare för vårdtagare, närstående samt medborgare att framföra sin åsikt har Socialförvaltningen under året tagit fram en ny process för synpunkter och klagomål. Förvaltningen har en låg andel av inkomna synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård, om det kännetecknar en hög nöjdhetsgrad alternativt att tidigare process för att lämna ett klagomål eller synpunkt har brister är svårt att bedöma.

De flesta klagomål gällande patientsäkerhet hanteras direkt av verksamheterna. Klagomål och synpunkter som inkommit till förvaltningen, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg har varit två under året. Synpunkterna är besvarade i tid, enligt gällande rutin och praxis, svar har inte erhållits ännu. För övrigt inkomna synpunkter och klagomål, var god se redogörelse i Kvalitetsberättelse 2023.

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. Under 2023 har inget övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap utförts inom hälso- och sjukvård. Idag förekommer arbete gällande riskmedvetenhet och beredskap på enhetsnivå i varierande grad. Det övergripande arbetet är något som behöver ses över under kommande år. Dock kan vissa risker ses redan nu gällande den framtida kompetensförsörjningen.

Andel genomförda riskanalyser (redovisas inte för 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Omställning till Nära Vård är omfattande och tar tid, ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar även det tid att bygga upp och utveckla, vi är i början av denna resa och utmaning är att få med alla våra verksamheter i denna omställning.

För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter.

Del i detta är det omfattande strukturarbetet som genomförts för att lägga en god grund, det finns även en av nämnd beslutsfattad *Handlingsplan för ökad patientsäkerhet*, där förutsättning, prioritering, åtgärd samt mål framgår. Det är utifrån denna handlingsplan strategier för kommande år fortsättningsvis kommer att presenteras ifrån. Redovisning kommer ske löpande i form av patientsäkerhetsrapport till nämnd två gånger årligen samt i patientsäkerhetsberättelsen.

Nedan följer en schematisk presentation, från handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vad förvaltningen kommer att arbeta med 2024.

Förutsättning	Prioritering	Åtgärd
En god säkerhetskultur	Skapa en grundstruktur för systematiskt säkerhetskulturarbete	Ta fram en förvaltningsövergripande rutin
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Fortsatt utveckling av Kliniskt träningscentrum (KTC)
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka språkförmågan inom våra verksamheter	Strukturerat arbete utifrån Socialstyrelsens framtagna material för språkförmågabedömning och utveckling, sammanhållet med förvaltningens utbildning i vårdsvenska och träningscentrum (KTC)
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
Tillförlitliga och säkra system och processer	Säkerställa verksamhetsutveckling inom systematiskt patientsäkerhetsarbete	Utveckla ett kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård
Säker vård här och nu	Säkerställa vården vid kända och okända organisatoriska störningar	Aktivt arbete med riskanalyser (ex inför sommar och jul). Skapa struktur för detta arbete
Stärkt analys lärande och utveckling	Systematiskt förbättringsarbete	Se egenkontrollplan för patientsäkerhet gällande områden med strukturerad åtgärdsplan
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Samverkan utifrån Nära Vård	Samverkan internt, mellan kommuner i länet samt kommun och Region för att förstärka riskmedvetenhet och beredskap på en övergripande nivå med ökad samsyn
Engagerad ledning och tydlig styrning	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för befintliga chefer inom patientsäkerhet.	Träff med enhetschefer en ggr per termin, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följ handlingsplanens fokusområden

Förutsättning	Prioritering	Åtgärd
Engagerad ledning och tydlig styrning	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för nämnd inom patientsäkerhet.	Träff med politiker i nämnd en ggr per år, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden
En god säkerhetskultur	Införa vedertagna verktyg för säkerhetskultur	Implementera SKR:s arbetsstruktur "Säkerhetskulturtrappan"
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa utbildningsplan för att stärka adekvat kunskap och kompetens	Ta fram introduktionsutbildningar och årlig utbildningsplan för vårdpersonal och legitimerad personal
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående involverade i den enskildes vård.	Skapa struktur för att öka patientens och närståendes delaktighet i den enskildes vård med stöd av digitalt verksamhetssystem
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
Ökad kunskap om inträffade vårdskador	Arbeta med att minimera effekter av inträffade händelser	Strukturerade insatser för stöd och återkoppling till patient och berörd medarbetare
Tillförlitliga och säkra system och processer	Verka för en patientsäker vård genom att minimera oönskade variationer inom hälso-och sjukvård	Skapa en säker struktur för rutiner och implementering av dessa
Säker vård här och nu	Utveckla intern samverkan för att öka patientsäkerheten	Skapa struktur för intern samverkan
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul

Bilaga 1

Begreppsförklaring för lokal struktur

Verktyg	Beskrivning
Nationell handlingsplan (Socialstyrelsen)	Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
Lokal handlingsplan	Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ska regioner och kommuner ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.
Utvecklingsplaner	Utvecklingsplaner ägs av enheterna där chef är huvudansvarig. I utvecklingsplanerna skapar enheterna aktiviteter utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen.
Analysverktyg (Socialstyrelsen, NSG patientsäkerhet samt SKR)	För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget samt tidigare års Patientsäkerhetsberättelser ligger till grund för handlingsplanens nulägesbeskrivningar. Analysverktyget kommer fortlöpande att användas i förvaltningen, enligt årshjul.
Egenkontroll/indikatorer	Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.
Årshjul	Årshjulet hör samman med egenkontrollplan, för att skapa en översikt över årets inplanerade kontroller och åtgärder.
Patientsäkerhetsrapport	Erhålls till vårdgivaren två gånger per år (vår och höst) för att främja vårdgivarens preventiva arbete när det kommer till patientsäkerhet.
Patientsäkerhetsberättelse	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 utifrån den lokala handlingsplanen.
Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse (Socialstyrelsen)	Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse finns tillgänglig. Den har samma struktur som den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, likväl som analysverktyg för patientsäkerhet.

Bilaga 2

Organisation och ansvar

Roll	Ansvarsområde
Socialnämnd	<ul style="list-style-type: none">Nämnden är ansvariga för att ett ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten.Nämnden skall även fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet och kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa.Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
Verksamhetschef enligt HSL	<ul style="list-style-type: none">Har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer samt för verksamheten fastställda rutiner.Ingår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	<ul style="list-style-type: none">Att patienter får en god, säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvårdAtt patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat omAtt det finns rutiner för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar dettaTa fram rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSLAtt journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355, PDL)Att beslut om att delegera ansvaret för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerhetenAtt det finns ändamålsenliga och väl fungerade rutiner för läkemedelshanteringUtreda enligt lex Maria vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskadaIngår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Enhetschefer	<ul style="list-style-type: none">Ansvarar för att riktlinjer och rutiner som tagits fram av verksamhetschef samt MAS är väl kända av medarbetare i sin verksamhetTillsammans med legitimerad personal utreda, ta fram åtgärder samt följa upp insatta åtgärder på händelser som rapporterats enligt Patientsäkerhetslagen.Utbilda personal i hur man rapporterar enligt patientsäkerhetslagenIngår i ledningsgrupp för respektive avdelning inom socialförvaltningenEnhetschef för legitimerad personal ingår även i ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Kvalitetsutvecklare	<ul style="list-style-type: none">I kommunen finns ett kvalitetsteam (VUT) med en kvalitetsansvarig. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsteam.
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	<ul style="list-style-type: none">Att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagenatt följa de riktlinjer och rutiner som finns för verksamhetenbidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSLTillsammans med enhetschefer utreda rapporter samt ge förslag på åtgärder för händelser som inträffat.ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje patientfungerar utifrån sin profession som arbetsledare för hälso- och sjukvård i verksamheten
Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal	<ul style="list-style-type: none">Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifterAnsvarar för att följa rutiner och givna ordinationerAnsvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att:<ul style="list-style-type: none">utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet,att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner srapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSL

Roll	Ansvarsområde
Hygienombud	<ul style="list-style-type: none"> • Att, tillsammans med enhetschef, utifrån styrdokument, riktlinjer och rutiner bedriva det vårdhygieniska arbetet på enheten • Introducera nyanställda och vikarier om vårdhygieniska rutiner • Tillsammans med enhetschef ansvara för att genomföra egenkontroller och utifrån resultat planer och genomföra nödvändiga förbättringsåtgärder
Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård	<p>Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård består av verksamhetschef enligt HSL, MAS samt enhetschef för legitimerad personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Driver det strategiska arbetet för att säkerställa patientsäkerheten
Teamträffar	<ul style="list-style-type: none"> • Teamträffar med hemtjänstpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/fysioterapeuter hålls regelbundet inom hemsjukvård/hemtjänst för att säkerställa en ökad samverkan • På teamträffar görs även regelbundet riskbedömningar utifrån Senior Alert för att kunna ha ett förebyggande arbetssätt

Bilaga 3

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansgrupp	Funktion
Gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV)	Regionen och kommunerna i Sörmland samverkar genom den gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV). Regionen och kommunerna har genom denna nämnd arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte. Länsstyrgruppen är en central del i detta arbete och består av representanter från de nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Styrgruppen ska skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland får en jämlik vård. Förvaltningschefen för socialförvaltningen ingår i länsstyrgruppen.
Samverkan inom primärvård	Samverkansforum mellan kommunernas MAS/MAR, läkare och verksamhetschefer från primärvården i södra länsdelen och Hälsoval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är dialog i gemensamma frågeställningar som rör närvårdsamverkan.
Läkarmedverkan	Uppföljning läkarmedverkansavtal - I Gnesta kommun görs uppföljning av läkarmedverkansavtalet 2 gånger/år med enhetschef för legitimerad personal, MAS, ansvariga sjuksköterskor på respektive enhet och verksamhetschef och läkare från ansvarig vårdcentral.
Patientsäkerhetsrund	Gnesta kommun har 2022 deltagit i ett projekt tillsammans med Region Sörmland med utveckling av patientsäkerhetsrunder på SÄBO. På dessa runder ska deltagare från kommunens och Regionens verksamhet delta. Syftet med dessa runder är att titta på hur patientsäkerheten tillgodoses för de patienter som bor på SÄBO. Under 2023 har sådan rond skett på samtliga boenden.
Vårdhygien, Region Sörmland	Gnesta kommun har tillsammans med övriga kommuner i Sörmland ett ramavtal med Regionens Vårdhygien gällande stöd i vårdhygieniska frågor. Under 2023 har utbildningar i b.la basala hygienrutiner hållits av personal från Vårdhygien för chefer och hygienombud i socialförvaltningens vårdverksamheter. MAS/MAR har under året haft regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren gällande frågor som rör Covid -19 samt vaccin.
Utskrivningsprocess från slutenvård	<ul style="list-style-type: none"> • För utskrivningsprocessen från slutenvård till kommunal vård finns en samverkansriktlinje mellan huvudmännen för att ge stöd i processen. Denna riktlinje är under omarbetning av representanter från både länets kommuner och Region Sörmland. • I utskrivningsprocessen används Prator som är ett digitalt system för överrapportering mellan slutenvård och kommuner för hälso- och sjukvårdspersonal samt biståndshandläggare. • För uppföljning gällande utskrivningsprocessen har hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare i Gnesta kommun regelbundna samverkansmöten. På dessa möten deltar vårdplaneringsteam och sjukhuskoordinatorer på de tre sjukhusen i Regionen (Kullbergsska, Mälarsjukhuset samt Nyköpings lasarett) och samordningssjuksköterskor på samtliga vårdcentraler i kommunen. Mötets syfte är att säkerställa att patientens övergång mellan slutenvård och öppenvård blir så säker som möjligt och att de rutiner som finns framtagna följs. På mötet kan även eventuella problem som förekommit diskuteras och lösningar tas fram.

Samverkansgrupp	Funktion
Samverkan mellan länets kommuner	Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer/rutiner.
Avvikelse rapportering	Alla avvikelser som inkommer till Gnesta kommun från extern vårdgivare utreds och besvaras. I de fall där avvikelsen är gemensam har dessa även utretts gemensamt.