

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Vård år 2023



21 februari 2024

Lena Kruse, Verksamhetschef

Andreas Svensson Verksamhetsutvecklare

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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 god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut vilka ligger som grund för innehållet i mallen för patientsäkerhetsberättelsen (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



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.

Innehållsförteckning	
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	12
Avvikelser	12
Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Risker och riskmedvetenhet	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system	16
Bilaga 2. Tabell vårdavvikelser, synpunkter och klagomål- exempel.....	17

SAMMANFATTNING

Efter pandemiåren kan verksamheten fokusera på att driva utveckling i form av kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Deltagandet i studien, Magnet4Europa i kombination med ett tidigare strategiskt arbete att vara en attraktiv arbetsgivare har lett till många förbättringar för att skapa en verksamhet med struktur och bra grund. Trots reducering av hyrpersonal och hög omsättning bland sjuksköterskor är bemanningsnyckeltalen enligt plan. Andelen inhyrda sjuksköterskor har minskat från ca 14 % till 2 % av personalkostnaden på verksamhetsområdet under 2023. Tidigare fokus på att skapa team med färre patienter per sjuksköterska har hållits för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Under 2023 kan vi se ett större engagemang i medarbetardrivna förbättringar och avdelningarna har förbättringstaylor. I och med Magnet bildades en ny ledningsstruktur gällande omvårdnad, ett delat ledarskap mellan omvårdad som leds av chefsjuksköterska och chefstrukturer som leds av verksamhetschefen. Magnet omvårdnad är ett team som leds av chefsjuksköterskan som arbetar med evidensbaserade rutiner och förbättringsprojekt och lokala Magnet team som arbetar med att se till att standarder upprätthålls och driver förbättringsarbete på avdelningarna. Varje avdelning planeras att ha en omvårdnadsledare, en sjuksköterska med magisterexamen och en vårdledande undersköterska. En framgångsfaktor är samsyn och samverkan mellan chefer och vårdavdelningarna.

En fallskadeförebyggande grupp inom geriatriken inklusive strokeavdelningen har startats gjort ett omfattande arbete för att minska fall. Dock ses en underrapportering av avvikelser så en del i arbetet har varit att öka rapporteringen. Gruppen får alla avvikelser och arbetar med standarder för att motverka fall hos patienterna.

Gällande patientsäkerhetskulturen så tas avvikelser på allvar och brister åtgärdas kontinuerligt. Allvarliga avvikelser dras i ledningsgruppen och identifierade risker förs ut till medarbetarna via personal-TV, arbetsplatsträffar och veckobrev.

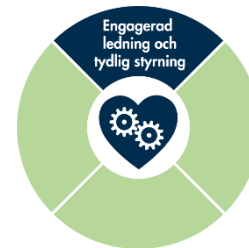
Vid införandet av nya metoder görs alltid riskanalyser för att bedöma patientsäkerhetsrisker, vara vaksam på och åtgärda identifierade risker.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Verksamhetsområdets mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att skapa medarbetardrivna förbättringsarbeten utifrån gemensamma och specifika kvalitetsindikatorer, avvikelser, synpunkter och klagomål.



En verksamhetsplan tas fram av verksamhetsområdets ledningsgrupp och resultaten följs upp genom månadsrapporter och i så kallade MUM, månadsuppföljningsmöten.

Verksamhetsområdets omvårdnadsparametrar följs upp genom egenkontroller, kontinuerliga datauttag från patientdata, enkäter och observationer. Kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan på ledningsgruppsmötena. Varje månad redovisas kvalitetsrapporter för vårdenhetscheferna.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård inom verksamhetsområdet är:

- En god bemanning. Bemanning med egen personal för att upprätthålla standarder och kunna leverera vård av hög kvalitet.
- En verksamhetsplan med mål och aktiviteter för att säkerställa leverans av kvalitetsresultat.
- En patientsäkerhetskultur som byggs av chefer som uppmuntrar till att skriva avvikelser som tas med i förbättringsarbetet.
- Att ledningsgruppens operativa möte har plats på agendan för avvikelser.
- Att händelseanalyser utförs vid avvikelser av allvarligare dignitet som lett till vårdskada eller riskerat en vårdskada.
- Att säkerställa att det finns kompetens och resurser för att genomföra händelseanalyser.
- Att riskanalyser görs vid införandet av nya metoder, apparater eller i vissa fall material.

Organisation och ansvar

Verksamhetsområdet består av 9 vårdavdelningar inom områdena kirurgi, ortopedi, urologi, medicin, geriatrik och palliativ vård. Verksamhetsområdets ledningsgrupp består av verksamhetschef, bitr verksamhetschef, vårdenhetschefer från avdelningarna, verksamhetsutvecklare och verksamhetschefssekreterare.

Övergripande ansvar för kvaliteten har verksamhetschefen. Ansvaret delegeras till vårdenhetschef på respektive avdelning. Verksamhetsutvecklare tar fram övergripande underlag samt rapporterar resultat enligt avtal på uppdrag av verksamhetschef.

Rapportering av mål och resultat skall under året ske kontinuerlig på den egna enheten samt i verksamhetsområdets ledningsgrupp. Ansvar för uppföljning har verksamhetschef

och vårdenhetschefer. Resultat och åtgärder förmedlas på planeringsdagar, förbättringstavlor, arbetsplatsträffar och samverkansmöten.

Verksamhetsområdets huvudprocesser inom kvalitet utgörs av omvårdnad.

För en säker vårdkedja krävs samarbete mellan de olika interna och externa vårdenheter på sjukhuset. Externa vårdenheter på sjukhuset är bland annat, mottagningar, akutmottagning, Intensivvårdsavdelning och ASIH.

Ett nära samarbete sker mellan resurs och process, dvs mellan VO Vårds ledning och de medicinska processerna, i stort sett alla förbättringsarbeten görs i samverkan. I sjukhusets operativa utskott, OU, sker veckomöten där agendan är operativa flödesfrågor, som planering av vårdplatser och förbättringar drivs som är relaterade till patientflödet.

En god säkerhetskultur

Verksamhetsområdet arbetar kontinuerligt med att alla medarbetare skall kunna identifiera risker inom de olika omvårdnadsområdena. Risker och andra omständigheter som kan komma att påverka patientsäkerheten skall kunna diskuteras och tas upp i olika forum på enheterna.



Patienter riskbedöms vid inskrivning till avdelningarna utifrån, trycksår, undernäring, fall, urinretention och anmälningspliktiga resistenta bakterier. Under året har avdelningarna arbetat med Gröna korset för att kunna identifiera risker och händelser. Gröna korset har varit mycket uppskattat av medarbetarna och gett förbättrade kvalitetsresultat och förbättrad vård. Flera egenkontroller har för ovan nämnda områden genomförts för att belysa risker och skapa åtgärder för att förhindra negativa konsekvenser.

Vid allvarigare händelser som skall utredas mer fördjupat kontaktas patient och eventuellt anhöriga vid behov. Patienten ges då möjlighet att delta i analysen och intervjuas. Patienten kontaktas även för att få information om rättigheter och möjligheter att kontakta Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Landstingens Ömsesidige Försäkringsbolag (LÖF). Även medarbetarna kontaktas så snart som möjligt för att kunna ges möjlighet att få stöd vid en allvarlig händelse.

Att personalen rapporterar och skriver avvikelser är en av grunderna i det förbättringsarbete som utvecklas inom området. Avvikelser som rapporteras i avvikelssystemet Händelsevis rapporteras till närmsta chef. Verksamhetschefen läser dagligen inkomna avvikelser inom hela verksamhetsområdet för att upptäcka brister. Upprepade eller allvarigare avvikelser tas upp på ledningsgruppsmötet som ett observandum och ställningstagande till förbättringsarbete.

Ledningsgruppens förbättringstavla tas upp på varje möte. Där tas avvikelser, synpunkter från andra VO upp samt förbättringsförslag, händelseanalyser dras när det är relevant för gruppen. Förbättringsaktiviteter drivs sedan av medlemmar i gruppen. Tanken är att sprida det arbetssättet med förbättringsarbete nedåt i verksamhetsområdet där målet är att alla

avdelningar ska ha ett fungerande förbättringsarbete som drivs av medarbetarna. Arbetsättet har givit ett förbättrat resultat i HSE, Hållbart Säkerhets Engagemang. Resultaten från medarbetarenkäten, Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) redovisas i verksamhetsområdets ledningsgrupp och chefssjuksköterskorna redovisar respektive avdelnings enkätsvar. Från år 2021, 2022 och 2023 har det övergripande resultatet för HSE-index ökat från 71 till 76 (Södertälje sjukhus år 2023, 76).

HSE Index

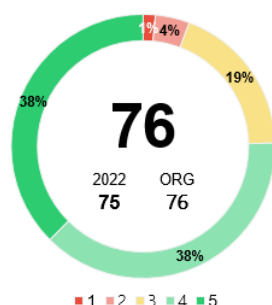


Bild 1. HSE-Index VO Vård 2023

Hur väl stämmer följande påståenden gällande HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang)?

Engagemang/7				2023	2022	ORG	HAR ASKT	
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	26	23	36	32	3,9	3,8	3,8	100%
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	31	17	42	35	4,1	3,9	4,0	100%
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	6	20	41	33	4,0	3,8	3,9	99%
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	9	23	33	34	3,9	3,6	3,8	97%
Jag påtar mig något när jag tror något är på väg att gå fel	11	35	52	52	4,4	4,4	4,4	99%
Jag vågar prata om mina misstag	10	32	54	54	4,3	4,4	4,4	98%
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	4	13	35	46	4,2	4,2	4,2	99%
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	14	23	44	29	4,0	3,8	3,9	98%
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	4	25	42	27	3,9	3,7	3,8	97%

HME – Övergripande resultat

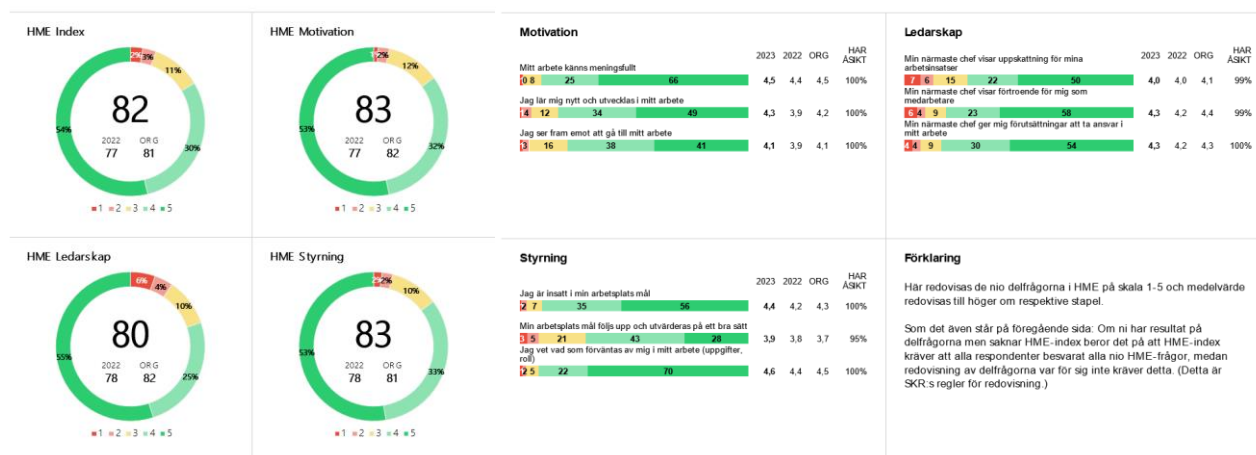


Bild 2. HME-Övergripande resultat VO Vård 2023

En stor utmaning för verksamhetsområdet har varit att behålla personal. Vilket är av stor betydelse för den patientsäkerhetskultur som håller på att byggas inom verksamhetsområdet. Under året har alla nyanställda kunnat få introduktion via Kliniskt Träningscentrum (KTC). Antalet introduktionsdagar för nyanställda på KTC har ökat från fem halvdagar till fem heldagar.

Ett omvårdnadsnätverk för omvårdnadsledare/steg-5 sjuksköterskor eller annan av chefssjuksköterskan utsedd har implementerats under året, omvårdnadsnätverket har kallats Magnet – Omvårdnad.

Verksamhetsområdet arbetar för en tillitskultur där patientsäkerheten ska kunna diskuteras öppet på enheten. Ett klimat där det är möjligt att uppmärksamma varandra på brister och utveckla vården för en ökad patientsäkerhet. Under 2023 har Tillitsprogrammet erbjudits hela verksamhetsområdet.

Adekvat kunskap och kompetens

Utbildning inom verksamhetsområdets kärnområden är ständigt aktuellt både för nyanställda och anställda som arbetat längre tid. Framförallt övas och utbildas personalen i tekniska färdigheter på sjukhusets KTC, Kliniskt Träningscentrum. Utbildning sker även i samband med introduktion på den egna enheten. Introduktionsprogram finns på alla avdelningar.



Extra stor vikt läggs på att ha en bemanning på arbetspassen med god kompetens. Bemanningsassistenter finns till samtliga avdelningar. På Bemanningsresursen arbetar sjuksköterskor med god kompetens som kan fördelas på avdelningar vid behov. Målet för Bemanningsresursen är att ha sjuksköterskor motsvarande 15 tjänster anställda. Under 2023 anställdes 9 sjuksköterskor med varierande tjänstgöringsgrad, medan 4 sjuksköterskor avslutade sina tjänster. I slutet på december var 12 tillsvidareanställda sjuksköterskor motsvarande 11 heltider, och 6 timanställda sjuksköterskor motsvarande 2,5 heltider. Totalt arbetar 18 sjuksköterskor som utgör 13,5 heltider inom Bemanningsresursen.

På alla avdelningar finns en förbättringstavla som skall användas för en ökad patientsäkerhet. Chefer och omvårdnadsnätverket har utbildats i att skapa förutsättningar och driva förbättringsarbeten på den egna enheten.

Patienten som medskapare

Synpunkter och klagomål tas tillvara genom att medarbetarna är lyhörda och uppmärksamma på patienternas åsikter vid varje möte i vården. Patienterna har förutom den dagliga kontakten med vårdpersonalen flera olika sätt att kontakta vården. Genom 1177s e-tjänster kan patienten lämna synpunkter direkt till verksamhetschef och respektive avdelning.



Patientenkäten för 2023 visar att patienter på geriatriken upplever vården inom alla dimensioner som mindre bra jämfört med övriga verksamhetsområden. Utbildningsinsatser i palliativ vård har erbjudits medarbetare under året. Under 2024 kommer utbildningsinsatser i palliativ vård att fortsätta och smärta i livets slut inom de geriatriska avdelningarna blir en specifik indikator.

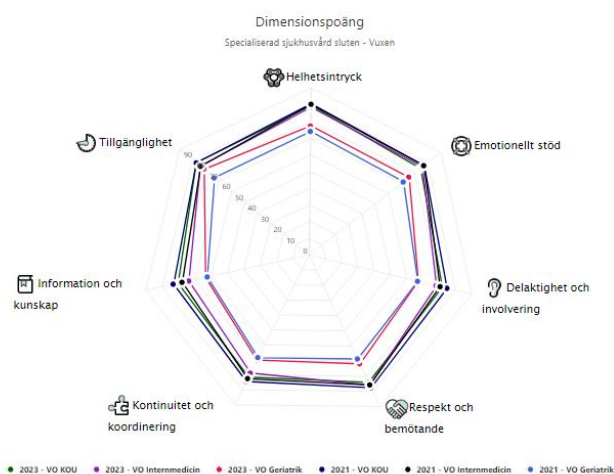
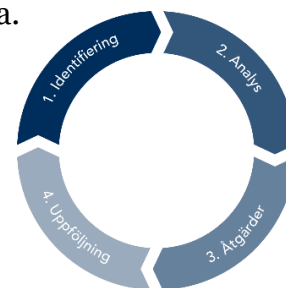


Bild 3. Dimensionspoäng från patientenkäten år 2021 och 2023, fördelat på Geriatrik, internmedicin och kirurgi-urologi och ortopedi.

Patienter och/eller anhöriga erbjuds att delta vid händelseanalyser och verksamhetsområdet strävar efter att öka andelen patientmedverkan även i förbättringsarbeten. Nolltolerans för dåligt bemötande gäller på alla avdelningar.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Verksamhetsområdet har flera processområden som ständigt är aktuella. Det finns ett behov att stärka egenkontrollen av omvårdnadsområden som inte innefattas av obligatoriska kvalitetsindikatorer som redovisas till exempelvis Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen och Smittskyddsläkare.



En stor del av befintliga kvalitetsindikatorerna för verksamhetsområdet består riskbedömningar patienten och skapa en åtgärdsplan för att minska riskerna. Det finns ett behov från enheterna att skapa mer förståelse kring kvalitetsindikatorerna och de handlingsprogram som finns för respektive område. Detta görs genom utbildning på respektive enhet, vid inskolning, genom omvårdnadsledare eller annan utsedd person.

Trycksår akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	90%	89 %	89 %
Andel med aktivitetsplan	69%	59 %	53 %
Andel trycksår grad 2-4	0,5%	0,41 %	0,53%

Trycksår geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	99 %	99 %	98 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	95 %	87 %	80 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	94 %	98 %	87 %

Fall akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	85 %	79 %	78 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	85 %	76 %	69 %

Fall geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	99 %	98 %	98 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	97 %	95 %	84 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	97 %	98 %	91 %

Urinretention akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	85 %	86 %	86 %

Nutrition akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	80 %	77 %	78 %

Nutrition geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda	97 %	95 %	95 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	96 %	91 %	87 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	95 %	96 %	78 %

Konklusion

Flera kvalitetsindikatorer visar på förbättrade resultat och resultat som är likvärdiga med tidigare år. Andelen risker överförda till nästa patient avseende trycksår hamnade under målnivån. Andelen riskpatienter med ordinerade åtgärder i aktivitetsplan ökade inom flera områden. Geriatriken har förbättrat resultaten inom flera områden.

Anmälningsspliktiga resistenta bakterier akutsomatik (MRSA, Punktprevalensmätning)

	2023	2022	2021
Andel riskbedömda och korrekt provtagna enligt handlingsprogram	93 %	77 %	69 %

Genom Gröna Korset har resultaten för indikatorn nått över målnivån som är 80 %. Flera åtgärder andra åtgärder har också vidtagits, bland annat journalgranskningar, information till medarbetarna och lathundar för provtagning. Under följande år blir indikatorn kontinuerlig och uppföljning kommer att ske månadsvis.

Basala hygienrutiner och klädregler

	2023	2022	2021
Andel enheter som mätt BHK en gång per halvår med resultat över 80 %	90%	100 %	100 %

90 % av verksamhetsområdet enheter klarade målet. En avdelning nådde inte målnivån under hösten trots upprepade mätningar. Hög personalomsättning tros vara en bidragande faktor.

Verksamhetsområdet följer även "akutflödet" och deltar i förbättringsarbeten som påverkar "door-to-door-tiden". Ca 70% av patienterna som tas emot från akuten anländer till vårdavdelningen inom 60 minuter efter att patientens rapporterats som inläggningsklar på akuten.

Uppföljning av NEWS2 och kunskaperna kring åtgärdstrappan kommer att följas under 2023. Ett sjukhusövergripande arbete har påbörjats under 2023. Flera händelseanalyser pekar fortsatt på brister kring hur NEWS2 har använts, följsamheten till ordination och vilka åtgärder som satts in.

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Avvikelser

Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

År	Antal rapporterade avvikelser
2021	426
2022	407
2023	539

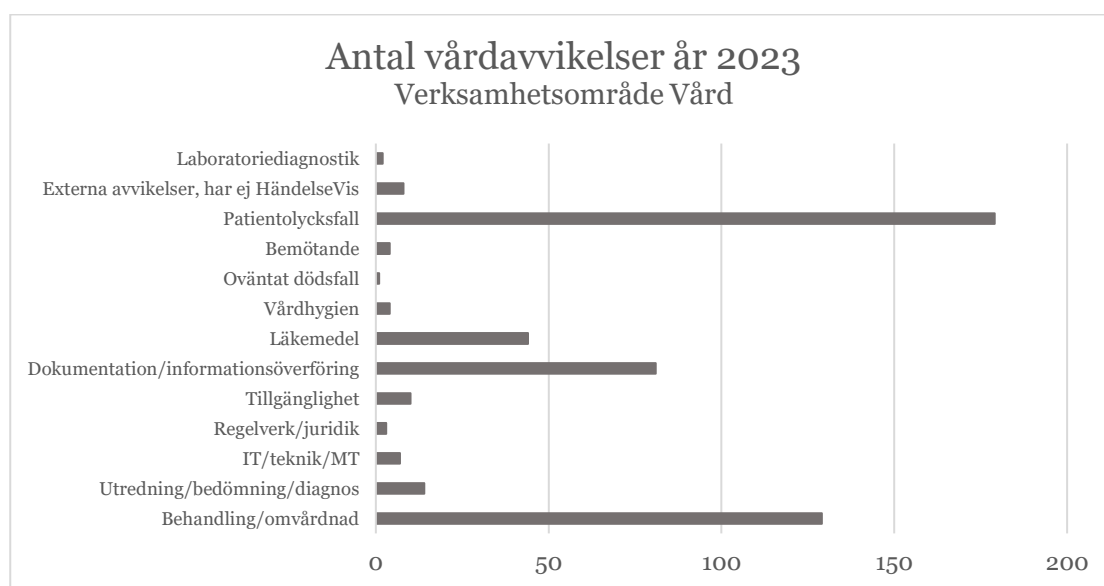


Bild 4. Antal vårdavvikelser för verksamhetsområde Vård år 2023

Antalet patientolycksfall och fall är verksamhetsområdet största avvikelseområde. Under året har den fallpreventiva arbetsgruppen arbetat med statistik, registrering av avvikelser och innehåll i avvikelserna samt ansvarsområden och vem gör vad. Ett fallpreventivt projekt med artificiell intelligens och övervakning har under året pågått med positiv effekt på minskning av antalet fall. Under projektet minskade antalet fall med 57% på två avdelningar.

Verksamhetsområdet andra stora områden är omvårdnad/behandling och dokumentation. Bristande dokumentationen lyfts även fram i händelseanalyser som ett problemområde. Magnet omvårdnad med omvårdnadsledande sjuksköterskor och de så kallade avdelningsspecifika magnetteamen arbetar med att öka kunskaper och förståelse kring omvårdnad och dokumentation. Journalgranskning och omvårdnadsronder utförs av dessa arbetsgrupper.

Under 2023 har två medarbetare gått kurs i NITHA, händelseanalyser för att se till att det finns kunskap och resurser att utreda allvarliga avvikelser. Idag finns tre medarbetare som kan genomföra händelseanalyser.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamhetsområdet via 1177, patientvägledare, PaN, IVO tas emot av verksamhetschef och fördelas till respektive chef för svar eller besvaras direkt.

Ärenden	2022	2023
<i>Inspektion för Vård och Omsorg</i>	9	9
<i>Patientnämnden</i>	3	6
<i>LÖF</i>	0	2
<i>Externa vårdgivare</i>	16	7
<i>Övriga avvikelser, exempelvis via mail</i>	2	0

Vid klagomål och händelseanalysen har följande förbättringsområden identifierats, omvårdnadsdokumentation, trycksårsförebyggande åtgärder, kunskap om NEWS och vård i livets slutskede.

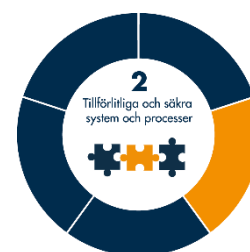
Tillförlitliga och säkra system och processer

Risker och riskmedvetenhet

Riskområden

Identifierade risker:

- Risk för brister i riskbedömning
- Risk för brister i NEWS2
- Risk för brister i läkemedelshantering
- Risk för bristande rondchecklista
- Risk för bristande omvårdnadsrunda
- Risk för brister i palliativ vård/vård i livets slutskede
- Risker för bristande omvårdnadsdokumentation
- Risk för felhantering av infarter



Säker vård här och nu

- Omvårdnadsronder för att säkerställa god vård.
- Avvikelsehantering lett till säkrare läkemedelshantering
- Utbildning i palliativ vård pågår under 2023 och 2024
- Förbättrad introduktion för nyanställda.
- Ökat chefernas riskmedvetenhet i patientsäkerhetsarbetet
- Anslag på tv-apparater personalrum
- Fallförebyggande grupp
- Uppmanat medarbetarna att skriva avvikelserapporter
- Verksamhetsutvecklare och omvårdnadsledare har dragit händelseanalyser på avdelningar
- Hörsammat anhörigas och patienters syn på vården.
- Förbättrat bemanning för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten på avdelning.
- KAD-utbildning via KTC.

- En avdelning deltar i kateter projekt för att minska kateterrelaterade uvi och blåsoverfyllnad.
- Involverat sjukhusets apotekare för att öka säkerheten vid läkemedelshanteringen, tex tagit fram spädningscheman, uppmärkning av hyllor

Internt lärande och identifiering av kunskapsbrister.

Under året har vi identifierat att nya sjuksköterskor behöver stärka kunskapen i läkemedelshanteringen. Det har också identifierats brister i palliativ vård och vård i livets slutskede. Utbildning har skett via KTC och genom verksamhetsområdet.

Medarbetarna uppmanas till att skriva avvikelser på uppmärksammade brister i vården. Kännedom om händelseanalyser och riskanalyser ges till regelbundet till personalen.

En engagerad ledning och avsatta resurser för att arbeta med patientsäkerheten är verksamhetsområdets framgångsfaktorer

De driftstopplådor som implementerades under 2022 har uppdaterats och nytt material har tillkommit. Uppdatering av driftstopplådan görs två gånger under året och läggs in i årshjulet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

VO Vård har en verksamhetsplan där alla mål för verksamheten är siffrersatta och aktiviteter för att nå målen finns formulerade. Denna bryts sedan ner på avdelningsnivå där man tar fram egna aktiviteter för att nå mål. Under 2024 kommer en ny sjukhusövergripande mall för verksamhetsplanen att tas fram.

Målet är att fortsätta att skapa en patientsäkerhetskultur där medvetenhet om att varje skriven avvikelse är en möjlig förbättring och att alla i organisationen är viktiga för att bidra till en patient säkrare vård. Strategierna är att uppmana till att skriva avvikelser och se möjliga förbättringar. Varje chef har som mål att inrätta ett systematiskt medarbetardrivet förbättringsarbete. Chefen behöver vara vägvisare och ledningsgruppen kan vara en förebild i arbetssättet. Återkoppling av avvikelser är viktigt som en del i att stimulera till patientsäkerhetsarbetet.

Under året har flera händelseanalyser genomförts och målet är att involvera fler medarbetare i att delta och så småningom lära sig att leda analyser. Utvecklingen behövs i att redovisa analyser och att följa upp åtgärder behövs.

För att upprätthålla kvalitet (då realtidsdata saknas) krävs tid för att journalgranska vilket dock görs på flera enheter.

Stort fokus ligger under året på att standardisera omvårdnadsdokumentationen som är en nödvändighet för att få ut kvalitetsdata ur journalen och sträva efter realtidsdata.

VO Vård inkluderas i studien Magnet4Europa, där stort fokus ligger på omvårdnadsprofessionen, kompetens, ledarskap och arbetsmiljö är grundpelare i Magnetmodellen. Studien innebär bl. a att en GAP-analys görs och det kommer att ge en ”draghjälp” i arbetet med att bli en attraktiv arbetsplats där sjuksköterskor vill jobba och stanna kvar, där det också finns interna karriärmöjligheter. Framförallt gagnar modellen patienten i form av en förbättrad omvårdnad.

För undersköterskor finns en roll att söka, vårdledande undersköterska, syftet med rollen är att skola in nya kollegor och att arbeta med förbättringsarbeten. Målet är att ha en vårdledande undersköterska per avdelning och minst en steg-5 sjuksköterska/omvårdnadsledare. Idag finns sju steg 5 sjuksköterskor inom VO Vård.

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

Verksamhetsområde:

	Process/system 2023	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
	Risk för bristande patientsäkerhet		
1	Risk för bristande kunskaper av omvårdnadens riskbedömningar		Förbättring av dokumentation Utbildning av personal Gröna korset
2	Risk för bristande kunskaper i fallprevention		Fallpreventiv grupp Planerat AI-projekt i fallprevention
3	Risk för bristande följsamhet av handlingsprogram gällande Anmälningsskyldiga resistenta bakterier		Gröna korset Fokusmånad i årshjul Hjälpmedel för bedömning
4	Risk för bristande omvårdnadsdokumentation		Dokumentationsgrupp samt Magnet-Omvårdnad
5	Risk för brister i läkemedelshanteringen av nyanställda		Utbildning för nyanställda via KTC
6	Risk för bristande följsamhet av rutin NEWS2.		Journalgranskning av specifik indikator per enhet
7	Risk för bristande kunskaper kring medicinsk teknik		Utbildning av Medicinsk teknik
8	Risk för bristande följsamhet av omvårdnadsrundor - SEUPP		Uppföljning i ledningsgrupp samt Magnetteam.
9	Risk för felhantering av infarter.		Utbildning via KTC. Efterlevnadskontroll av PVK och KAD
10	Risk för bristande följsamhet till rondchecklista		Uppföljning via ledningsgrupp och VEC. Samarbete med MLA.

Förklaring

	fungerar
	arbete pågår, hinder finns
	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

