



**BJURHOLMS  
KOMMUN**

Dnr: SN21-037 730

# Patientsäkerhetsplan 2021–2024

Föreskrift

# Plan

Policy

Program

Reglemente

Regler

Riktlinje

Rutin

Strategi

Taxa

Antagen av socialnämnd  
2021-05-05 § 21

Giltig från och med  
2021-06-01

Dokumentansvarig  
Medicinskt ansvarig  
sjuksköterska (MAS)

## Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Bakgrund .....	3
God vård.....	3
Syfte .....	3
Nationella mål.....	3
Bjurholms kommuns övergripande patientsäkerhetsmål .....	3
Strukturerat patientsäkerhetsarbete .....	4
Patientsäkerhetsplan 2021–2024 .....	6

## Bakgrund

Hälso- och sjukvårdslag (SOSFS 2017:30)

Nationell handlingsplan för god och säker vård, Socialstyrelsen jan 2021.

Regeringsuppdrag S2018/04111/FS.

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

## God vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den särskilt ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig

## Syfte

Syftet med handlingsplanen är att ge stöd till att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

## Nationella mål

Den nationella handlingsplanen innehåller en vision och ett övergripande mål.

**Visionen: God och säker vård – överallt och alltid.**

**Det övergripande målet: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.**

## Bjurholms kommuns övergripande patientsäkerhetsmål

En hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet och som alltid utgår från den enskilda personens behov och erfarenheter. Patientsäkerhetsarbetet i kommunens hälso- och sjukvård har en nollvision för vårdskador och tystnadskultur.

## Förutsättningar

Engagerad ledning och tydlig styrning

En god säkerhetskultur

Adekvat kunskap och kompetens

Patienten som medskapare

## Fokusområden

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden:

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

## **Strukturerat patientsäkerhetsarbete**

### **Kompetens**

Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård. För att den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denna således planera för personalförsörjningen och kompetensutvecklingen av personalen. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### **Ledning och styrning**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer – från den politiska nivån till beslutsfattare på regional och kommunal nivå samt från operativa chefer till ledare i den patientnära verksamheten.

Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet. Ledare på alla nivåer kan skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, genom egenkontroll där information om verksamhetens resultat inhämtas och genom att ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas.

### **Delaktighet**

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Patienter har många gånger mycket att tillföra då de kan se sådant som hälso- och sjukvårdspersonalen missar. Det är viktigt att dessa observationer används i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska på olika sätt uppmuntra och involvera patienterna och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. En vårdgivare kan till exempel ha rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdsituationen. Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, om vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter, om patientnämndernas uppgift att hjälpa patienten att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren, om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadlagen eller från läkemedelsförsäkringen.

### **Genomförande**

Styrning och ledning av hälso- och sjukvården på den nationella, den regionala och den lokala nivån behöver ge förutsättningar för en god patientsäkerhet. Det är viktigt att chefer och ledare i hälsosjukvården och beslutsfattare underlättar och skapar förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

På grundval av resultaten av de nedanstående beskrivna aktiviteterna ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultaten av aktiviteterna visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska processerna och rutinerna förbättras.

## Rapporteringsskyldighet

En grundbult i patientsäkerhetsarbetet är att alla som arbetar i hälso- och sjukvården är uppmärksamma på risker för tillbud och negativa händelser samt inträffade händelser. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver inte fundera över hur allvarlig en händelse ska vara för att den ska rapporteras. Det är vårdgivaren som har ansvaret att ta ställning till vilka åtgärder som ska vidtas utifrån det som rapporteras.

## Risikanalys

En grundläggande beståndsdel i patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa att risker i verksamheten identifieras och analyseras. Det krävs att vårdgivaren bedriver ett aktivt arbete för att identifiera sådana tillstånd, aktiviteter eller omständigheter som skulle kunna leda till vårdskador.

En risk kan vara känd genom att en vårdskada har inträffat i en liknande verksamhet eller genom att personalen har bedömt en situation eller process som riskfylld. Information av betydelse för patientsäkerhetsarbetet kan inhämtas exempelvis genom hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering, systematiska journalgenomgångar, intervjuer eller enkäter till patienter och deras anhöriga, deltagande observationer i vårdverksamheten samt genom att ta del av ärenden som behandlats av andra aktörer i klagomålssystemet.

Det är viktigt att vårdgivaren har ett system för insamling av gjorda iakttagelser om risker. Det är inte bara inträffade händelser som ska ligga till grund för säkerhetshöjande åtgärder. Riksinventeringar bör göras regelbundet och de bör alltid göras vid införandet av ny teknik och vid organisationsförändringar.

## Händelseanalys

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra (3 kap. 3 § PSL). Det finns olika metoder för hur risk- och händelseanalyser kan göras och kunskapen utvecklas fortlöpande. Det centrala är dock inte att ta reda på om någon person har gjort fel utan att försöka ta reda på vad som kan göras för att det inträffade inte ska hända igen.

## Egenkontroll

Vårdgivaren 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 vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Vårdgivaren ska även utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

## Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat personal och andra vårdgivare. Bestämmelser finns om att vårdgivaren även ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter för att utreda och besvara klagomål. Inkomna rapporter från hälso- och sjukvårdspersonal gällande risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

## Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast den 1:a mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av den ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. Det ska även framgå vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

## Patientsäkerhetsplan 2021–2024

Patientsäkerhetsarbetet i Bjurholms kommuns hälso- och sjukvård har en nollvision för vårdskador och tystnadskultur och utgår från Nationella handlingsplanen för PS.

### Patientsäkerhetsmål:

En hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet och som alltid utgår från den enskilda personens behov och erfarenheter.

### Delmål:

Avvikelsehantering. Andel ej avhandlade avvikelserapport inom två månader ska vara under 20%.

Händelseanalyser på avvikelser med konsekvens vårdskada ska vara 100%.

Klagomål och synpunkter. Andel ej avhandlade klagomål och synpunkter från den enskilde och anhöriga inom två månader ska vara noll.

Riskbedömningar/Riskanalyser på patientsäkerhet. Andel ej analyserade riskbedömningar inom en månad ska vara noll.

Egenkontroll. Kontroll av hur rutiner föreskrivna för hälso- och sjukvård tillämpas i verksamheter ska göras minst en gång om året.

<b>Fokusområde</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Följs upp</b>
Öka kunskap om vårdskador	Avvikelse rapport med skada/risk för skada. Händelseanalys och åtgärder med syfte att förebygga upprepning  Lex Maria ärenden Egen kontroll av hur rutiner tillämpas	MAS + HSL chef  HSL personal Enhetschefer för HSL insatser som utförs av ej leg personal	Händelseanalyser görs av personalgrupp + ledare Sammanställs av ansvariga  Socialtjänstledning + SN informeras om Lex Maria ärenden Patientsäkerhetsberättelsen (PSB)
System för processer	HSL rutiner/processkartor som utvecklas och uppdateras genom händelseanalyser och riskanalyser	MAS + HSL chef  Enhetschefer för HSL insatser som utförs av ej leg personal	Sammanställs av ansvariga  Information till socialtjänstledning
Säker vård här och nu	Vård och rehabiliteringsplaner Journalgranskning Samverkan	MAS	Info till ledning och SN i Patientsäkerhetsberättelse
Analys, lärande och utveckling	Patientsäkerheten som stående punkt på diskussionsforum med HSL personal och SoL personal som utför HSL insatser På samtliga agendor	HSL chef  Enhetschefer för HSL insatser som utförs av ej leg personal	Info till ledning och vårdgivare i PSB
Riskmedvetande	Riktlinjen för riskbedömningar och riskanalyser	MAS HSL chef Enhetschefer	Information till SN och ledningsgrupp
	Samtliga anställda inom vård och HSL introduceras i Riktlinjen ovan	MAS Enhetschefer	Information om tillämpning av Riktlinje för patientsäkerhet till ledning och vårdgivare i PSB
	Punkt patientsäkerhet på agendan av HSL forum har tre underpunkter: a)Avvikelse och händelseanalyser b)Klagomål och synpunkter c)Riskbedömningar		Statistik på a) b) och c) för HSL och enheter där HSL insatser utförs av vårdpersonal i PSB

Bilagorna 1–3 är underlag för all vårdpersonal och redovisas inte i detta dokument.

1. *Riktlinjer för riskanalys*
2. *Process*
3. *Dokumentation*