

# Patientsäkerhetsberättelse

## 2023



## Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2.2	En god säkerhetskultur .....	9
2.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	9
2.4	Patienten som medskapare.....	12
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	12
3.1	1. Identifiering .....	13
3.2	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	21
3.3	Tillförlitliga och säkra system och processer .....	22
3.4	Säker vård här och nu.....	24
3.5	Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
3.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	28

## 1 SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalender år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

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

De nationella kvalitetsregistren arbetas det med i olika uträkning, Palliativ registret och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga kvalitetsarbetet. Däremot har målet för Senior alert inte uppfyllts 2023 och ligger därför som ett mål för 2024.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Östhammars kommun har tillsammans med regionens vårdcentraler gemensamma hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser för att säkerställa att patienter får rätt insatser och en trygg hemgång.

I början av 2023 redovisade IVO resultatet från sin granskning som utfördes på Östhammar kommuns 5 äldreboenden och Östhammars kommun fick då upprätta en åtgärdsplan som skickades till IVO. IVO var nöjd med den åtgärdsplan som skickades in och vissa av åtgärderna sträcker sig även under 2024.

### En blick framåt

Utöver de mål som är satta för 2024 se punkt 4 i denna berättelse, ser vi att resursfördelningen för HSL organisationen behöver ses över för att möta upp ett ökat behov av hälso-och sjukvårds insatser och en åldrande befolkning i Östhammars kommun. Vi behöver se över att rätt kompetens gör rätt saker och att patienten blir inkluderad i sin egen vård och omsorg.

Det förebyggande arbetet behöver utvecklas för att stärka det skadeförebyggande arbetet och genom detta arbetssätt stärker vi patientsäkerheten.

Teamsamverkan mellan professioner både inom HSL, SOL och LSS bör utvecklas till en övergripande strategi för att arbeta teambaserat och personcentrerat.

Framåt har vi även nya IT-system som ska implementeras och utvecklas så de är anpassade efter Östhammars kommuns behov, bli nytt verksamhetssystem för journalhantering och hjälpmedelshantering.

## 2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### 2.1 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.

#### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

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



**För 2023 var målen följande:**

#### **Förebygga vårdskador**

##### *Aktivitet*

Fortsatt samarbete i de lokala tvärprofessionella teamen. Öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt kvalitetsregistret och verktyget Senior alert. *Målet ej uppnått.*

#### **God vård vid demenssjukdom**

##### *Aktivitet*

Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. *Målet uppnått*

BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer med demenssymtom eller demensdiagnos. Två BPSD-administratörsutbildningar ska genomföras. *Målet uppnått.*

## **Förbättra vårdhygien**

### *Aktivitet*

Information om vårdhygien och utbildning för befintliga och nya vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. *Målet nått.*

Upprätta handlingsplaner utifrån vårdhygien på särskilda boenden för att förebygga och agera vid virus/bakterieutbrott. *Målet uppnått.*

## **God vård i livets slutskede**

### *Aktivitet*

Samtliga dödsfall registreras. Vårdkvaliteten på de förväntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. *Målet delvis uppnått.*

## **Uppföljning Rollatortält**

### *Aktivitet*

Personer som fått rollator förskrivna via kommunen kan komma till respektive tätorts Rollatortält för uppföljning och dialog med förskrivare och tekniker. I uppföljningen ingår service eller utbyte av rollator. Detta sker i samverkan med Arbetsmarknadsenheten AME. Det kom totalt 49 personer till kommunens tätorter under vecka 21 som fick stöd och hjälp på plats. *Målet uppnått.*

## **Kompetensutveckling för personal**

### *Aktivitet*

Förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal genom rehab planeras starta under våren 2023. *Målet ej uppnått.*

## **Säker avvikelshantering**

### *Aktivitet*

Utbildning i DF-respons avvikelssystem för berörda verksamheter inom vård och omsorg. *Målet delvis uppnått*

## **Trygg hemgång**

### *Aktivitet*

Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Fortsätta samarbetet med medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar och rehabiliteringsinsatser. *Målet uppnått.*

## **Patientsäkerhet för brukare med hörselskada**

### *Aktivitet*

Att utbilda hörselombud inom vård och omsorg för att säkerställa bemötande och hantering av hörhjälpmiddel. *Målet uppnått.*

## 2.1.2 Organisation och ansvar

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

**Vård och Omsorgsnämnden** har som vårdgivare det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Nämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål samt följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för Omsorgskontoret.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschef med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

**Socialchef** är ytterst ansvarig inom Omsorgskontoret och har tillsammans med verksamhetschef ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Inom Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska ( MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)** har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

1. Patienter får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för; a) Läkemedelshantering (MAS), b) Rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen, c) Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det (MAS)

MAS och MAR har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

MAS ansvarar för att det i samråd med verksamhetschef, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten.

MAR ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter.

**Enhetschef** ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert. Det ska finnas tydliga mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** ansvarar för att:

- Följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- Hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet
- Aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- Arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, där vården så långt det är möjligt

- utformas i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- Föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg
- Genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin och verktyg till omsorgspersonal

### 2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan olika vårdgivare är viktigt för patientsäkerheten.

#### **Samverkan internt**

*Verksamheter:* Varje verksamhet har ärendeträffar och biståndsmöten där teamsamverkan sker mellan bistånd, HSL, SOL och LSS personal. Samverkan internt finns även på ledningsgruppsmöten där verksamhetschefer är sammankallande och MAS, MAR och enhetschefer deltar.

*Medicinskt ansvariga (MAS och MAR):* Deltar kontinuerligt i möten med enhetschefer och verksamhetschefer inom vård och omsorg. MAS och MAR ansvarar för de olika forumen med legitimerade där även enhetschefer deltar (MAS-möten, Hjälpmedels- / MAR möten, HSL forum). På dessa möten sker bland annat information och dialog inom HSL-området runt förebyggande arbete, riktlinjer, rutiner, avvikelser/tillbud, identifierade risker och åtgärder, planerade och vidtagna åtgärder.

#### **Samverkan externt**

*Hemtagningssteam:* Representanter från regional och kommunal primärvård, myndigheten för bistånd samt enhetschefer samarbetar dagligen lokalt på varje tätort för trygghet och säker utskrivning för patienter från slutenvården. Det får inte gå mer än tre dagar mellan mötena.

*Särskilt boende (SÄBO):* Sjuksköterskor på SÄBO och Vårdcentralens läkare har planerade ronder där patienternas medicinska behov går igenom.

*Avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH):* Drivs av Region Uppsala och utgår ifrån Tierp. ASH och kommunens sjuksköterskor har återkommande samverkans möten för att säkerställa samverkan kring palliativa patienter som är inskrivna i ASH.

*Primärvård:* Årliga samverkans möten äger rum mellan HSL Östhammars kommun och vårdcentraler där överenskommelser om samverkan skrivs.

#### **Länsövergripande samverkan**

*Övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län:* Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO, är länets övergripande forum för samverkan mellan Regionen och länets kommuner. Samverkan sker på politisk och tjänstemannanivå, där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade.

HSVO beslutar om de gemensamma dokument *Vård i samverkan - ViS* som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala.

*Regionens Nära vård och hälsa samt Patientsäkerhetsgrupp:* Kommunernas MAS och MAR deltar i dessa forum för samverkan.

*Regionala och nationella nätverksmöten:* Separata MAS och MAR möten samt gemensamma

MAS/MAR möten sker kontinuerligt.

*Utvecklingsgrupper:* Arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Cosmic Link samt med riktlinjer och övergripande samverkansrutiner. Syftet är att patientsäkra in- och utskrivning till och från slutenvården.

*Hjälpmedel Uppsala Län (HUL):* Samverkansavtal för bland annat hantering av medicintekniska produkter mellan HUL och länets sju kommuner (exklusive Älvkarleby). Hjälpmedelsansvarig/MAR deltar i länsövergripande möten samt nätverksträffar med länets hjälpmedelsansvariga.

### 2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 § Informationssäkerhet handlar om att begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.

**SITHS-kort** används för inloggning till kvalitetssystem och kommunikationssystem med regionen. Dokumentations- och kommunikationssystem styrs av behörigheter om vad varje profession ska kunna läsa och skriva om patienten utifrån arbetsplats.

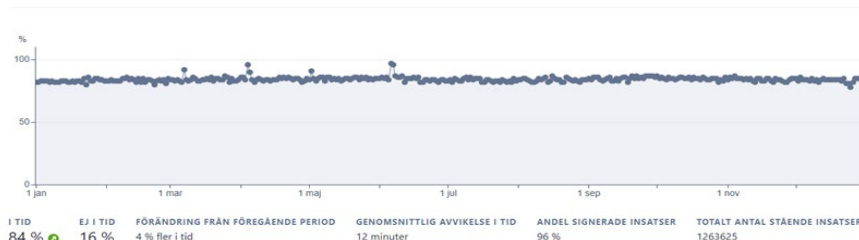
**Cosmic Link** Digitalt kommunikationsverktyg mellan region och kommun. Loggkontroller ska utföras regelbundet. Säker kommunikationsöverföring mellan huvudmän vid ex utskrivning från slutenvården och inskrivning i den kommunala primärvården.

**Journalföring:** Kollegial journalgranskning har under året genomförts av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården. Loggranskning har genomförts en gång per kvartal av legitimerad personal utifrån slumpmässigt utvalda personnummer. Vid dessa kontroller har inget funnits att anmärka på.

**Information till anställda:** Samtliga nyanställda får information om vad sekretess innebär samt hur personuppgifter ska hanteras på ett säkert sätt inom hälso- och sjukvården.

**Digital signering av insatser:** Östhammars kommun använder sig av det digitala signeringssystemet MCSS - Medication and Care Support System. I MCSS signeringsapp ser användaren vilka insatser som ska utföras. Vid inloggning och signering kontrolleras behörighet samt aktuell delegering. Även insatser som inte kräver delegering kan signeras i MCSS. Den digitala signeringen säkerställer även följsamhet och att insatsen utförs i rätt tid och av rätt person. Digital signering av läkemedelsinsatser ger en spårbarhet och en säker tilldelning. Under året 2023 har totalt 1 442 121 stående delegerad/ordinerade insatser som är utförts. Motsvarande siffra för 2022 var 1 371 790 delegerade/ordinerade insatser.

Statistik och trender - Stående insatser



*Under hela 2023 på SÄBO och ordinärt boende är 84% har de stående insatserna utförts på tid. 16 % av insatserna har ej utförts på tid och den genomsnittliga avvikelsetiden är 12 min.*



**Digitala läkemedelsskåp:** Ökar spårbarheten samt säkerställer läkemedelshanteringen. Logg och behörighetsstyrning regleras inom verksamheten.

## 2.2 En god säkerhetskultur

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



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet *SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Säkerhetskulturen ska kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Det är viktigt med ett öppet arbetsklimat där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Att lära av både negativa och positiva händelser skapar förutsättning för patientens möjlighet att vara delaktig och kunna arbeta förebyggande. Arbetet med att skapa en god säkerhetskultur behöver prioriteras av ledningen och vara både långsiktig och synlig.

Drabbas en patient av en vårdskada är det viktigt att patient blir väl omhändertagen. Det är även viktigt att den personal som var inblandad i händelsen får det stöd som den behöver.

Östhammars kommun arbetar med erfarenhetsutbyte och lär av händelser som inträffat och tar tillvara på erfarenheter för att använda detta som ett underlag för lärande utveckling och förbättringar. Vi ser att detta arbetssätt minskar risken för att liknande händelser och vårdskador ska uppstå.

## 2.3 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.



**Delegering av hälso-och sjukvårds uppgifter:** Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Vi har en utbildningsansvarig sjuksköterska som håller i utbildningar i läkemedelshantering. Denne genomför även ett kunskapsprov på plats för omsorgspersonal som har gått utbildningen.

Diagrammet nedan visar antalet delegerade personal per sjuksköterska:



*Bildtext: Det finns 16 stycken sjuksköterskor i kommunen som står på 10 eller färre delegeringar av omsorgspersonal. Det finns 1 sjuksköterska som står på 202 stycken delegeringar av omsorgspersonal.*

Fördelningen av delegerade personal behöver ses över och fördelas jämnare över sjuksköterskorna. Detta är ett mål för 2024.

Det finns 1 fysioterapeut som delegerat 19 omsorgspersonal. Det handlar främst om handhavande kring tippbräda. Delegeringar för rehabpersonal ses över både länsövergripande och i Östhammars kommun.

**Vårdhygien:** Fortbildningsmöten i digital form mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt för enhetschefer under året.

**Demenssjukdom:** Två stycken BPSD-administratörutbildningar har utförts under 2023. Dessa utbildningar är två heldagar vid varje tillfälle.

Tre stycken utbildningar i sexualitet och demenssjukdom har genomförts. Dessa utbildningar är på en halvdagsutbildning vid varje tillfälle.

**Läkemedelshantering:** Utbildning av apotekare har genomförts vid 2 tillfällen under 2023 för alla sjuksköterskor i Östhammars kommun. En halvdags utbildning om Äldre och läkemedel och en halvdags utbildning om diabetes typ 2.

**Allmän palliativ vård:** Webbutbildning för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.

**Förskrivnings utbildning för sjuksköterskor gällande inkontinensprodukter:** Under 2023, har 2 sjuksköterskor gått förskrivarutbildning av inkontinens produkter på Uppsala universitet denna utbildning är 5 heldagar. Denna utbildning är ett krav för att sjuksköterskor ska förskriva inkontinensprodukter.

**Trycksårsmadrass förskrivarutbildning för sjuksköterskor:** 1 halvdags förskrivarutbildning för sjuksköterskor på HUL (Hjälpmedel i Uppsala län) för att förskriva madrasser för att behandla och förebygga trycksador. Hjälpmedelsverksamheten har varit ute på respektive ort och gått igenom samtliga upphandlade madrasser.

**SBAR-utbildning:** För att säkerställa en säker kommunikation mellan personal har en utbildningssatsning kring SBAR-påbörjats. Utbildningsansvarig personal har utsetts och en plan för att utbilda hela kommunen har tagit fram.

**Förflyttningsutbildning:** Har inte genomförts under 2023. Det planeras en basal förflyttningsutbildning under 2024.

**Förskrivarutbildning:** HUL arrangerar kontinuerligt förskrivarutbildningar inom upphandlat hjälpmedelssortiment samt minimässor i samband med nytt sortiment.

**Journaldokumentation** Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar.

**Hjälpmedelsverksamheten** har genomfört utbildning i:

- *Grundläggande förskrivningsrätt* för nyanställd legitimerad personal.
- Genomgång med arbetsterapeuter av länsövergripande rutin inför bedömning och förskrivning av elektrisk rullstol.
- Hygiengenomgång i kommunens Hjälpmedelsförråd på Albrektsgatan 14C har utförts med hygienombud och Vårdhygien.
- Tekniker inom Arbetsmarknadsenheten - AME, har fått teknisk utbildning av leverantörer för säker hantering av rollatorer.
- Förskrivare har fått fördjupad teoretisk och praktisk kunskap via leverantörer i hantering av hjälpmedel som till exempel Gripstång, komfortrullstolar.

**Klinisk bedömning:** Två heldagsutbildningar i klinisk bedömning steg 1 har genomförts för sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och undersköterskor inom hemsjukvården.

**Syn- och hörselinstruktör:** Utbildat hörselombud samt är sakkunnig för vårdpersonal, brukare och anhöriga.

**Förebyggande hembesök:** Det har skickats hem informationsmapp till samtliga folkbokförda personer som fyllt 80 år. Möjlighet till hembesök har funnits utifrån önskemål. Under 2023 gjordes 10 hembesök.

## 2.4 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. PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd och delaktighet med patienten och närstående. Det är viktigt att patienten har fått en tydlig och anpassad information. Detta för att aktivt kunna delta i sin vård och har möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Relationen mellan patient och vårdpersonal genomsyras av ömsesidig respekt och förståelse. Det är viktigt att utgå ifrån patientens behov och önskemål.

Närstående får en förutsättning att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, i de fall patienten så önskar och samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten.

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras.

I praktiken innebär det att patienten och /eller närstående deltar i vårdplaneringar, riskbedömningar (Senior Alert), SIP (Samordnad individuell vårdplan), uppföljningar av omvårdnadsinsatser och medicinska behandlingar och rehabilitering.

Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot enligt rutin. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras av berörd enhetschef och i förekommande fall av MAS och MAR.

## 3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

### 3.1 1. Identifiering

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

Egenkontroller 2023

Egenkontroll	Omfattning	Vem
Avvikelser	Kontinuerligt under året	Enhetschef, legitimerad personal, MAS och MAR
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	1 ggr/mån	Hygienombud
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen	1 gång/år	Apotekare, MAS och Enhetschef
Hygienronder - Uppföljning Hygienronder	Vart 4:e år - Vid behov	Vårdhygiens och MAS Enhetschef och MAS
Handlingsplan smittsamma sjukdomar	1 gång/år	Enhetschefer och vårdhygien
Journalgranskning Kollegial journalgranskning	1 gång/år 2-4 ggr/år	MAS och MAR Legitimerad personal
Kontroll av Lyftar	1 gång/år	HUL och Roux Health Care
Läkemedelskontroll av narkotika	1 gång/månad	Sjuksköterska
Rapport från BPSD-registret	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Rapport från Palliativ registret	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Rapport från Senior Alert	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Uppföljning elrullstol	1 gång/år	Arbetsterapeut
Uppföljning tippbräda och ståstöd	1 gång/år	Fysioterapeut/sjukgymnast
Uppföljning lyftselar	2 gånger/år	Arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast enhetschef
Uppföljning vårdsängar basutrustning	1 gång vartannat år	Enhetschef
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	1 gång/mån	Sjuksköterska

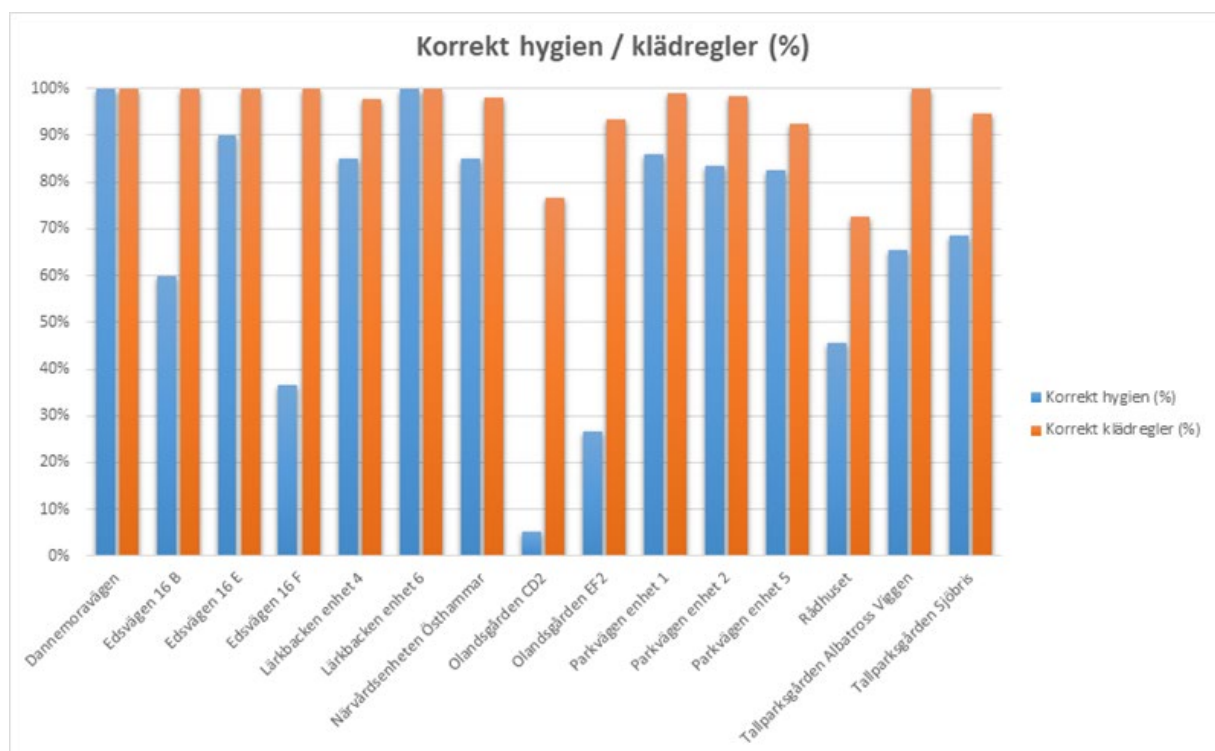
#### Avvikelser

Avvikelser följs upp löpande under året. Allvarliga avvikelser går alltid till enhetschef samt MAS och MAR för kännedom. Se mer information under kapitlet avvikelser.

## Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Självskattning sker enhets specifikt en gång per månad och utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har tre träffar (varav en digitalt som var läns gemensamt) genomförts med hygienombud, MAS och vårdhygiens sjuksköterska från Region Uppsala.

På våra särskilda boenden, LSS-gruppboendestäder, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs kollegial granskning varje månad vilket inrapporteras till Sveriges Kommuner och Regioners databas för basala hygien- och klädrutiner (BHK). Databasen på SKR togs bort under december 2023 vilket gjorde att resultatet kan ha blivit påverkat då inte alla hygienombud hann lägga in sina resultat under december.



## Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Extern granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts tillsammans med en extern farmaceut. Skriftlig återrapportering i form av en åtgärdsplan och med förbättringsförslag från farmaceut till verksamheterna har skett.

Digitala läkemedelsskåp till patienter med narkotiska preparat i ordinärt boende har köpts in och installation har gjorts under 2023. Inventering och nya inköp av digitala läkemedelsskåp fortsätter under 2024.

## Hygienrond- Uppföljning hygienrond

Hygienronder har utförts på säbo av hygiensjuksköterska ifrån vårdhygien, MAS, enhetschef och hygienombud. Hygienrondsprotokoll har upprättats av hygiensjuksköterska på varje säbo för sig. Hygienrondsprotokollet har skickats till enhetschef och hygienombud för att

gemensamt åtgärda de eventuella brister som uppkommit. Det lokala frågor som framkommit som brister i hygienrondsprotokollet har framförts till person ansvarig för lokala frågor. Uppföljning av hygienrondsprotokollen kommer att göras under 2024.

### **Handlingsplan smittsamma sjukdomar**

På varje särskilt boende, ordinärt boende och gruppboende finns en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in åtgärder som motverkar risken för utbrott av smittsamma sjukdomar. En mall för handlingsplan finns framtagen på vårdhygiens hemsida, varje enhet fyller i handlingsplanen och skickar en kopia till vårdhygien och MAS. Syftet är att i förväg upprättad en strategi för att minska risken av spridning av smittsamma sjukdomar.

### **Journalgranskning HSL**

Det har gjorts en journalgranskning på hälso-och sjukvårdsjournalen under februari 2023. Dokumentationen följer på det stora hela omvårdningsprocessens steg enligt ICF. Det går att följa relevant omvårdningsförlopp men det är svårt att överblicka en röd tråd och få en helhetsuppfattning om patienten, detta på grund av journalsystemet.

### **Kontroll av lyftar**

Samtliga individuellt förskrivna lyftar samt lyftar som ingår i basutrustning är kontrollerade via externa serviceavtal.

### **Kontroll av narkotiska läkemedel**

Kontrollräkning av narkotiska läkemedel ska utföras varje månad och svinn ska rapporteras till MAS och enhetschef. Under året har inte sjuksköterskorna utfört egenkontroll av att räkna narkotiska läkemedel varje månad. I vissa fall som uppdragades på den externa kvalitetsgranskningen hade det gått månader mellan kontrollräkningarna.

### **Rapport från BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)**

BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. Genom tvärprofessionella vårdåtgärder kan vi minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär, åtgärderna leder till ökad livskvalité för personen med demenssjukdom. BPSD registreringar genomförs när behov uppstår kontinuerligt och skrivs in i BPSD registret av speciellt utbildad omvårdningspersonal, BPSD-administratörer.

#### *Resultat BPSD*

BPSD-registret har varit ett nationellt kvalitetsregister sedan den 1 november 2010. Registret syftar till att kvalitetssäkravården av personer med kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD.

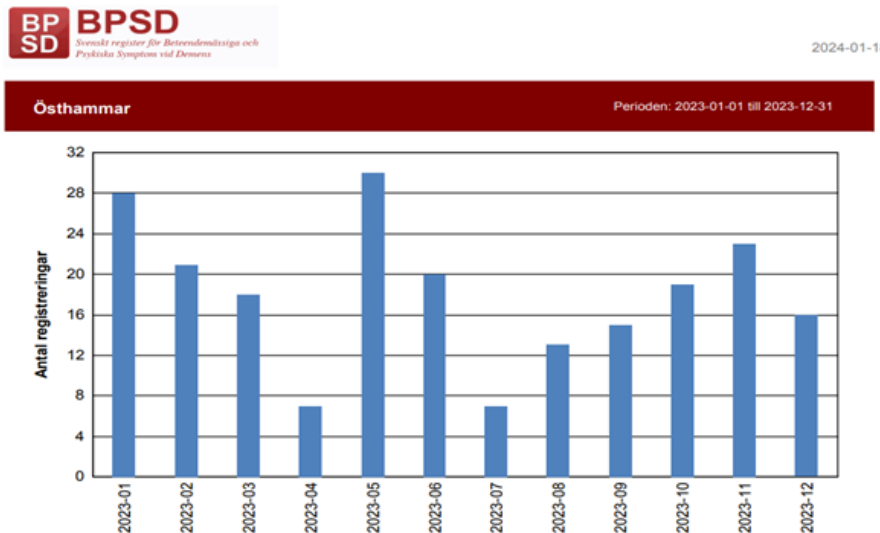
#### *Antal registrerade personer i Östhammars kommun och antal registreringar*

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga

uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Rekommendationen från BPSD-registret är att man bör göra uppföljningar regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och där igenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

I diagrammet visas antalet registrerade personer i Östhammars kommun per månad.



Se tabell för antal registreringar och antal personer. Jämfört med andra kommuner i Uppsala län

	Antal	2023-01	2023-02	2023-03	2023-04	2023-05	2023-06	2023-07	2023-08	2023-09	2023-10	2023-11	2023-12
<b>Antal</b>	<b>1244</b>	84	121	112	104	118	82	41	70	102	164	117	129
Enköping	273	10	34	29	25	20	27	3	5	38	33	23	26
Heby	24	0	0	0	5	6	0	1	3	0	2	3	4
Häbo	115	8	7	6	13	10	4	0	8	14	22	14	9
Knivsta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierp	100	2	9	12	10	6	5	5	12	7	9	16	7
Uppsala	513	35	49	47	44	46	26	25	29	28	79	38	67
Älvkarleby	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Östhammar	217	28	21	18	7	30	20	7	13	15	19	23	16



## Rapport från Palliativ registret

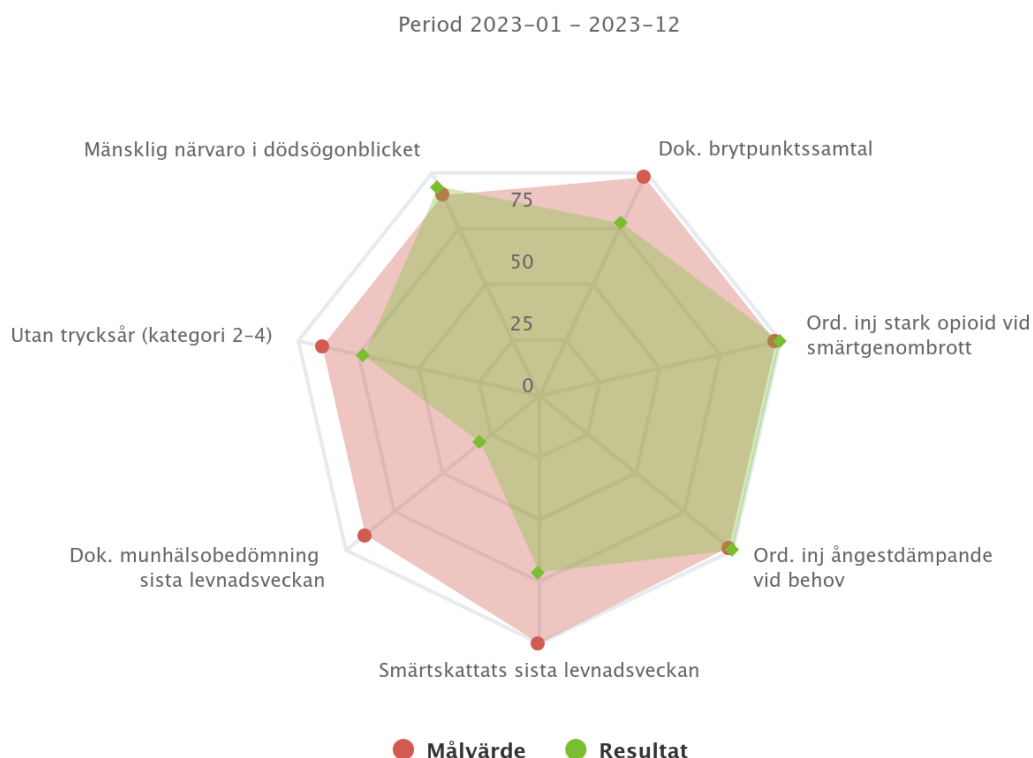
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Personalen använder sedan resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. En åtgärdsplan och/eller handlingsplan ska upprättas i verksamheten för att tydliggöra vad och hur resultatet ska förbättras. För att följa upp en åtgärdsplan eller handlingsplan kan verksamheten använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

### Resultat palliativa registret

Samtliga dödsfall som inträffat där vi har ett vårdgivaransvar ska registreras i svenska palliativregistret. Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut.

*Under 2023 hade särskilda boenden och ordinärt boende 66 förväntade dödsfall, resultatet kring dokumenterade munhälsobedömningar låg långt ifrån målvärdet.*

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

SKAPA E

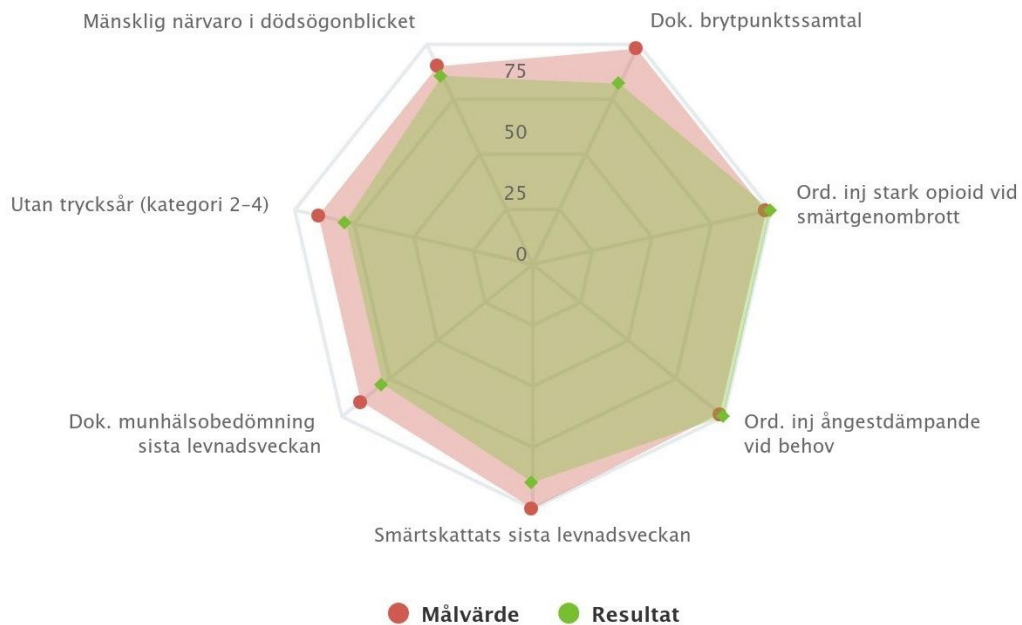
Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	77,3	98	51	66
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	66	66
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	66	66
Smärtskattats sista levnadsveckan	71,2	100	47	66
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	30,3	90	20	66
Utan trycksår (kategori 2-4)	72,7	90	48	66
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93,9	90	62	66

*Närvårdsenheten hade 28 förväntade dödsfall och ett resultat som ligger nära målvärdena från socialstyrelsen.*

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

SKAPA EXCEL-FI

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	82,1	98	23	28
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	28	28
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	28	28
Smärtkattats sista levnadsveckan	89,3	100	25	28
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	78,6	90	22	28
Utan trycksår (kategori 2-4)	78,6	90	22	28
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	85,7	90	24	28

### Rapport från senior Alert

Senior alert är ett nationellt 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.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

#### Resultat Senior Alert

Riskbedömning enligt Senior alert ska erbjudas till samtliga som flyttar in på särskilt boende, personer i ordinärt boende som bedöms vara i en riskgrupp eller har tre eller fler insatser per dygn. Målet är att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen ska förebyggas. Östhammars kommun jämförs med riket för att se hur vi ligger till med riskbedömningar med risk, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt. Vi kan se att Östhammar inte uppnått målet med att riskbedöma enligt Senior alert.

I hemsjukvården har det registrerats 10 st registreringar i Senior Alert under 2023 och samtliga av dessa har registrerats i Öregrund. Dessa finns ej med i tabell form.

Tabellen visar utfall av vårdprevention på särskilda boenden i Östhammars kommun.

Sverige / Kommun / Region: Östhammars kommun  
 År: 2023  
 Typ av enhet: Vård och omsorg  
 Exportera till Excel

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Risbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Östhammars kommun	98	99% 100 av 101	54% 54 av 100	63% 63 av 100	11% 2 av 18	23 15 personer	27 personer	10 4 personer	30 personer	
Edsvägen	42	98% 41 av 42	44% 18 av 41	27% 11 av 41	33% 1 av 3	4 3 personer	13 personer	5 2 personer	2 personer	
Lärkbacken Gimo	3	100% 3 av 3	67% 2 av 3	100% 3 av 3	0% 0 av 0	8 5 personer	0 personer	0 0 personer	1 personer	
Olandsgården Alunda	6	100% 6 av 6	17% 1 av 6	83% 5 av 6	0% 0 av 0	4 3 personer	2 personer	4 1 personer	4 personer	
Parkv 7-9 Österbybruk	35	100% 37 av 37	62% 23 av 37	86% 32 av 37	0% 0 av 8	7 4 personer	8 personer	0 0 personer	19 personer	
Öregrund Tallparksgården	12	100% 13 av 13	77% 10 av 13	92% 12 av 13	14% 1 av 7	0 0 personer	4 personer	1 1 personer	4 personer	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Tabellen visar utfall av vårdprevention på Korttidsenheten och på Närvårdsenheten i Östhammars kommun.

Sverige / Kommun / Region: Östhammars kommun  
 År: 2023  
 Typ av enhet: Korttids  
 Exportera till Excel

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Risbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Östhammars kommun	152	97% 180 av 186	93% 167 av 180	96% 173 av 180	96% 176 av 183	33 25 personer	56 personer	2 2 personer	12 personer	
Korttidsenheten	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer	
Närvårdsenheten	152	97% 180 av 186	93% 167 av 180	96% 173 av 180	96% 176 av 183	33 25 personer	56 personer	2 2 personer	12 personer	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

### Uppföljning elrullstol

Har ej följts upp 2023 på grund av bristande arbetsterapeut resurser. Elrullstolar ska följas upp minst 1 gång/år. I slutet av november 2023 var 51 elektriska rullstolar individuellt förskrivna på brukare.

### Uppföljning tippbräda och ståstöd

Uppföljning har gjorts av sjukgymnast/fysioterapeut under 2023. I slutet av 2023 var 7 tippbrädor och 6 ståstöd individuellt förskrivna på brukare.

### Uppföljning lyftselar

Har ej följts upp 2023 på grund av bristande rehabresurser. Individuellt förskrivna lyftselar ska följas upp två gånger per år. Rehabpersonalen får i dagsläget "förlita" sig på att omvårdnadspersonalen återkopplar till rehabpersonalen om någon åtgärd behöver göras. Ingen avvikelser har inkommit.

## Uppföljning Basutrustning sängar

Besiktning har utförts på samtliga sängar som ingår i basutrustning samt genomgång av madrasser under 2023. Det har köpts in 54 stycken nya vårsängar samt madrasser fördelat på 5 boenden.

## Registreringar av vårdrelaterade infektioner

Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO, Närvårdsenheten och Korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Vårdhygien sammanställer en rapport av inrapporterat resultat. Detta görs årligen och rapporten skickas ut till alla kommuner i länet under mars månad. Återkoppling av resultat till enhetschefer och sjuksköterskor ansvarar MAS för.

## 3.2 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.

### 3.2.1 Har vården varit säker



Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Alla avvikelser och risker rapporterades i DF respons. Avvikelseystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

### 3.3 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.

#### 3.3.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system. Exempel på metoder och mätinstrument som används är handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, Palliativa registret, BPSD registrering och Senior alert.

Det behöver göras en översyn av kvalitetsledningssystemet för legitimerad personal, eftersom det är otydligt och svårigheter att hitta aktuella riktlinjer, rutiner och styrdokument.

Pågående upphandlingar:

- Upphandling av ett nytt journalsystem som startades 2023 och kommer att pågå under 2024.
- Upphandling av nytt verksamhetssystem för individuellt förskrivna hjälpmedel via HUL. Detta startades 2023 och beräknas vara klart 25-01-15.
- Upphandling basutrustning

Intygsskrivning ökat för rehab:

- Myndighet efterfrågar - ADL- bedömning inför bedömning av antal LSS assistanstimmar, anhörigvård, förflyttningsförmåga, möjlighet för personen att bo kvar i ordinärt boende.
- Inför ansökan om bostadsanpassning ( tex ramper, trapphiss, spisvakt)
- Kognitiv bedömning: Dörr larm, GPS-klocka

## **IVO's tillsyn av äldreboenden som utfördes under pandemin**

IVO genomförde under pandemin en särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets SÄBO. IVO kunde då slå fast att lägstanivån i äldreomsorgen var alldeles för låg och att kommuner och regioner inte i tillräcklig utsträckning vidtagit åtgärder för att säkerställa en god vård och omsorg av boende på SÄBO. Mot den bakgrunden inledde IVO en fördjupad nationell tillsyn av verksamheter i kommunal regi.

Delar av det resultat som Östhammars kommun fick till sig var liknande som i övriga kommuner i Sverige:

- Det är vanligt förekommande att den personal som gör medicinska bedömningar inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften eller behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det saknas ofta en kontinuitet i personalgruppen som skulle ha främjat en god vård.
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- Personal som arbetar med patienter i livet slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras. Det är vanligt att brytpunktsamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

I början av 2023 redovisade IVO resultatet från sin granskning som utfördes på Östhammars kommuns 5 äldreboenden och Östhammars kommun fick då upprätta en åtgärdsplan som skickades till IVO. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit. Vissa åtgärder sträcker sig över 2024 och kommer följas upp av MAS. Nedan följer exempel på vad som gjorts under 2023 och vad som ska göras under 2024.

### Under 2023 utfördes följande åtgärder:

Utbildning i SBAR påbörjas, utbildning av språkombud, upphandling av nytt verksamhetssystem, översyn av gällande styrdokument i ledningssystemet, redovisning av resultatet från IVO's beslut har tagits upp på samverkansmöten med regionen, ny riktlinje i läkemedelshantering i Östhammars kommun har tagits i nämnd, utbildning av farmaceut för legitimerade sjuksköterskor i läkemedel och äldre, nytt VIS dokument gällande palliativvård i samverkan.

### Under 2024 ska följande åtgärder genomföras:

Utbildning i SBAR fortsätter, fortsättning av översyn gällande styrdokument i ledningssystemet, revidering av riktlinje gällande delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter, fortsatt arbete med riskbedömningar i senior alert och fortsatt arbete kring språkombud och utbildning i vårdsvenska.

### 3.4 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.

#### 3.4.1 Är vården säker idag



Vårdgivaren har ett ansvar att vara medveten om risker, bedöma och hantera om det skulle uppstå någon störning som kan påverka patientsäkerheten.

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till säker vård oavsett vilken roll man har i organisationen som chef eller medarbetare.

Omvärldsanalys: Omställningen till Nära Vård ställer krav på kommunen att kunna bedriva vård och omsorg i patientens hemmiljö. Det ställer krav på kommunen att stärka patientens och närståendes delaktighet och medverkan för ökad patientsäkerhet.

Den kommunala vården ska kunna hantera svårt sjuka patienter vilket kräver resurser och kompetens/kompetensutveckling för bland annat omsorgspersonal, sjuksköterskor och rehabpersonal. Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kompetens kan förändras snabbt men är central, och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård.

##### 3.4.1.1 Riskhantering

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

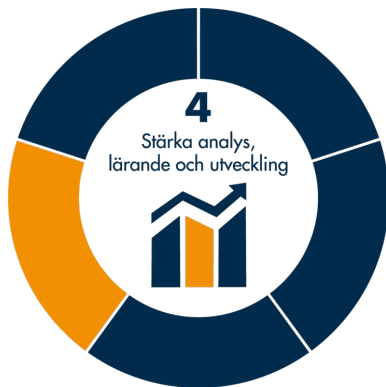
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Detta görs kontinuerligt i avvikelse systemet DF-respons.



### 3.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

#### 3.5.1 I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Journalgranskningar utförs kontinuerligt under året för att få ett lärande och utveckling i dokumentationen, vidare analys se 3.11 identifiering.

Östhammars kommun arbetar med kvalitetsregister Senior alert, BPSD och Palliativ registret. Senior alert är ett mål för 2024 att samtliga enheter arbetar upp rutiner och teamet runt patienten, se 4.mål.

Under 2023 har 5 stycken anmälan enligt vårdskada (lex Maria) rapporterats till IVO.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om brister i följsamhet gällande ordination av legitimerad personal vilket ledde till ett fall med fraktur. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

2 anmälningar enligt vårdskada handlade om förväxling av läkemedel av delegerad omsorgspersonal. IVO har avslutat båda ärendena och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om fördröjd behandling. IVO har begärt in komplettering, ett förtydligande av vårdgivarens planering för sommaren relaterat till sjuksköterskekoordinatorerna. Detta har skickats in till IVO och vårdgivaren väntar på återkoppling.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om förväxling av insulinpennor. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

### 3.5.2 Avvikelser

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

*Sammanställning av avvikelser gällande hälso-och sjukvård för år 2021, 2022 och 2023*

Typ av avvikelse	2021	2022	2023
Fall	1285	1 221	1293
Läkemedel	733	771	743
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	91	115	89
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	24	34	36
Brist i rehabilitering	39	2	5
Brist i information, kommunikation, samverkan	134	127	90
Brist i/utebliven dokumentation	80	64	43
Tryckskada/trycksår	9	4	9
Bruten sekretess	6	17	1
Övrigt	122	108	55
Summa:	2523	2463	2362

#### **Typ av avvikelser**

Under året 2023 har 2362 avvikelser rapporterats inom hälso-och sjukvården. Motsvarande siffra för 2022 var 2463. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer, därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det kan noteras att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att avvikelser ska hamna i rätt kategori.

#### **Fallavvikelser**

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada ) var 21 st under 2023.

#### **Läkemedelsavvikelser**

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 10 st under 2023. Under 2022 var det 12 stycken läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3.

#### **Händelse med hjälpmedel, teknik och fysisk miljö**

Antalet avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 var 1 styck under 2023. Övriga 35 avvikelser handlar bland annat om urglidning/fall ur rullstol, felaktig placering och hantering av medicintekniska hjälpmedel hos personal och brukare, produktfel som rapporterats enligt rutin.

### **Brist i rehabilitering**

Avvikelsena handlar bland annat om att ordinerade, rehabiliteringsinsatser har missats och ej planerats in av samordnare, omvårdnadspersonal har missat att signera i det digitala ordinationsverktyget Appva, svårighet för omvårdnadspersonal att motivera brukare till träning.

### **Tryckskada / trycksår**

Avvikelsena handlar bland annat om brist i kommunikation mellan HSL personal och omvårdnadspersonal, brukare med nedsatt insikt och som har svårighet att ta instruktioner.

### **Vårdkedja till (annan huvudman)**

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshandtering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Under 2023 har 86 stycken vårdkedjeavvikelser rapporterats från Östhammars kommun till annan huvudman. Främsta orsaken till avvikelse var brister i kommunikation och information.

### **3.5.3 Klagomål och synpunkter**

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

Under året 2023 har 3 ärenden anmälts till patientnämnden, 1 gällande behandling, 1 gällande omvårdnad och 1 gällande miljö och teknik. Ärendet som rapporterades in till patientnämnden gällande miljö och teknik där vill patient inte ha yttrande av kommunen, patientnämnden avslutar ärendet efter samtal med patienten.

Övriga synpunkter och klagomål redovisas tertialsvis till nämnd.

## **3.6 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 hösten 2023 har arbetet kring kris och beredskap kopplat till hälso- och sjukvården påbörjats. Arbetet kommer fortlöpande pågå under 2024.

Det är viktigt att samverkan sker bland annat inom olika delar av organisationen som hanterar förändrade omvärldsfaktorer, identifierade risker och vilka åtgärder som behöver vidtas.

## 4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

**Mål 1:** Arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 70 % av patienterna i Säbo ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024. Målet är att 50 % av patienterna i ordinärt boende som uppfyller kriterierna ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024.

*Aktiviteter:*

- Säkerställa personalens kunskap i arbetet med Senior Alert. Ansvar: Verksamhetschef, Enhetschef
- Genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert. Ansvar: Legitimerad personal.

**Mål 2:** Säkerställa att hjälpmedelsverksamheten och enheternas basutrustning hanteras utifrån MDR.

*Aktiviteter:*

- Upphandling och implementering av ett digitalt verksamhetssystem.
- Spårbarhet / märkning sker utifrån MDR kraven. Ansvar: Verksamhetschef, enhetschef.

**Mål 3:** Att förbättra kvalitetsindikatorerna i palliativregistret 2024 gentemot 2023.

*Aktiviteter:*

- Följa upp kvalitetsindikatorerna var 3 månad på APT för sjuksköterskor
- Involvera de palliativa ombuden i förbättringsområden som rör palliativ vård.
- Ta fram handlingsplaner utifrån varje verksamhets behov

**Mål 4:** Förflyttningsutbildning

*Aktiviteter:*

- Genomförande av basal förflyttningsutbildning för samtlig omvårdnadspersonal inom SOL och LSS. Ansvarig: Enhetschef och rehabpersonal.

**Mål 5:** Följsamhet till signerade insatser och delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter i MCSS

*Aktiviteter:*

- Utformning av egenkontroll för signerade insatser fyra gånger per år. Ansvarig: MAS, MAR, enhetschef för sjuksköterskor och enhetschef rehab
- Utformning av egenkontroll för delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter. Ansvariga MAS, MAR och Verksamhetschef HSL