

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Omsorgskontoret 2024

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	4
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
2.2	En god säkerhetskultur	12
2.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	12
2.4	Patienten som medskapare.....	15
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
3.1	1. Identifiering	16
3.2	2. Analys	26
3.3	Öka kunskap om inträffade vårdskador	26
3.4	Tillförlitliga och säkra system och processer	27
3.5	Säker vård här och nu.....	29
3.6	Stärka analys, lärande och utveckling	30
3.7	Öka riskmedvetenhet och beredskap	33
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	33

1 SAMMANFATTNING



Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska vårdgivaren varje år 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 och ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Det arbetas med de nationella kvalitetsregistren i olika uträkning. Palliativ register och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga arbetet utifrån Senior alert, men det behöver göras ett omtag och ligger därför som ett mål för 2025. Under 2024 har rutinen för Senior Alert uppdaterats. Enhetscheferna för HSL och SOL har ansvarat för att utbilda personalen i Senior alert inom sina respektive verksamheter.

Östhammars kommun har tillsammans med regionens vårdcentraler gemensamma

morgonavstämningar för att samordna insatser och säkerställa att patienter får rätt insatser och en trygg hemgång ifrån slutenvården.

Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande har i början av 2024 startat upp ett hemtagningsteam med 1 arbetsterapeut (AT) och 1 fysioterapeut / sjukgymnast (FT/SG) som utreder och planerar för samtliga patienter som skrivs in i Cosmic Link. Hemtagningsteamet samarbetar med sjuksköterskekoordinatorerna i kommunen. Hemtagningsteamet möter upp patienterna i hemmet vid behov.

En blick framåt

Utöver de mål som är satta för 2025 ser vi att resursfördelningen för HSL organisationen behöver ses över, för att ha förutsättning 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.

Regionen och kommunen har samma vårdnivå och primärvårdsansvar utifrån Effektiv och nära vård. Det är av stor vikt att regionens- och kommunens primärvård har ett bra och kontinuerligt samarbete. Patienter ska vara delaktiga i hälso- och sjukvården utifrån sina förutsättningar, vården ska vara lättillgänglig och ges med god kontinuitet. Det är viktigt att närstående får vara delaktiga i planeringen utifrån samtycke.

Vi ser behov av att Hemsjukvården arbetar mer förebyggande utifrån evidensbaserade metoder för att stärka personens självständighet, delaktighet och utveckla det skadeförebyggande arbetet. Genom detta arbetssätt stärker vi patientsäkerheten. Vi ser behovet av en strukturerad utbildningsplan inom Omsorgskontoret.

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

Vi ser ett behov av att öka kunskapen, kunna identifiera och agera i händelser gällande våld i nära relationer inom vården. Denna satsning är något vi behöver göra inom de närmaste åren. Vi ser behov av ett samarbete inom Omsorgskontoret för att nå framåt i detta.

Under första kvartalet av 2025 har vi nya IT-system som ska implementeras och utvecklas utifrån Omsorgskontorets behov. Det gäller nytt verksamhetssystem *Viva* för journalhantering och *Myloc* för hjälpmedelsregistrering 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 2024 var målen följande:

Mål 1: Arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior alert som stöd. Målet var att 70 % av patienterna på särskild boende skulle få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024. Målet var även att 50 % av patienterna i ordinärt boende skulle få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024.

- Säkerställa personalens kunskap i arbetet med Senior alert
Genomföra riskbedömningar enligt Senior alert

- Öka vårdpersonalens kunskaper inom syn och hörsel.

Resultat: Målen för Senior alert delvis uppnått. Se sidan 26-27. Syn- och hörsel delvis uppnått: Det har utbildats 7 stycken hörselombud inom hemtjänsten i kommunen. Behovet kvarstår att fortsätta utbilda fler personal inom den kommunala omsorgen.

Mål 2: Säkerställa att hjälpmedelsverksamheten och enheternas basutrustning hanteras utifrån lagen MDR - Medicintekniska produkter.

- Upphandling och implementering av ett digitalt verksamhetssystem.
Spårbarhet / märkning sker utifrån MDR kraven.

Resultat: Delvis uppnått. Nytt digitalt verksamhetssystem för Hjälpmedelsverksamheten gällande individuellt förskrivna hjälpmedel startar igång 250319. Upphandling av ett digitalt verksamhetssystem för basutrustning inom SOL och LSS har pausats under 2024 delvis på grund av ansträngd ekonomi.

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

- 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

Resultat: Ej uppnått, Kvalitetsindikatorerna, vårdplan, dokumenterade brytpunktssamtal, dokumenterade munvårdsbedömningar och dokumenterade smärtskattningsbedömningar har försämrats gentemot 2023. Kvalitetsindikatorerna har ej lyfts på APT för sjuksköterskor var 3:e månad. Det finns inte aktuella handlingsplaner i alla verksamheter.

Mål 4: Förflyttningsutbildning

Genomförande av basal förflyttningsutbildning för samtlig omvårdnadspersonal inom SOL och LSS.

Resultat: Delvis uppnått. Rehabenheten planerar för fortsatta kontinuerliga utbildningar. En svårighet att kunna utföra förflyttningsutbildningar har varit lokalfrågan per tätort och enhet.

Mål 5: Följsamhet till signerade insatser och delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter i det digitala signeringssystemet MCSS APPVA.

-Utformning av egenkontroll för signerade insatser fyra gånger per år.

-Utformning av egenkontroll för delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter

Resultat: Målet ej uppnått, Diskussion har förts inom HSL gruppen (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter /sjukgymnaster) gällande vikten av egenkontroller samt vad vi behöver följa upp för att kvalitetssäkra hälso-och sjukvården. Fortsatt arbete under 2025.

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 och MAR 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.

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 till omsorgspersonal.
- Delegerad omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av den delegerade arbetsuppgift som de utför, därav är även de inkluderade i ovan.

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

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR): MAS och MAR organiserades i början av 2024 under olika verksamheter och chefer. MAS är organiserad under socialchefen och MAR under HSL/LSS verksamhetschef. MAS deltar på ledningsgruppen som socialchefen håller i samt MAS och MAR deltar i ledningsgruppen som HSL/LSS verksamhetschef ansvarar för.

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, Hjälpmiddels- / MAR möten, HSL forum). På dessa möten

sker bland annat information och dialog inom HSL-området gällande förebyggande arbete, riktlinjer, rutiner, avvikelser/tillbud, identifierade risker och åtgärder, planerade och vidtagna åtgärder.

Verksamheter: Varje verksamhet har ärendeträffar och biståndsmöten där teamsamverkan sker mellan bistånd, HSL, SOL och LSS personal.

Samverkan externt

Hemtagningssteam: Representanter från regional och kommunal primärvård, myndigheten för bistånd samt enhetschefer samarbetar dagligen lokalt på varje tätort för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården.

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. Ett övergripande uppföljningsarbete gällande samverkan kring palliativa patienter där ASH är delaktiga pågår, då länets kommuner påpekat brister i samverkan.

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 individuellt förskrivna medicintekniska produkter mellan HUL och länets sju kommuner (exklusive Älvkarleby). Hjälpmedelsansvarig / MAR deltar i länsövergripande möten samt nätverksträffar med länets hjälpmedelsansvariga.

Länsövergripande samverkan mellan kommun och region gällande individuellt förskrivna hjälpmedel inom rörelse och kognition: Samverkan sker till viss del på olika nivåer och forum i länet. Det kommer att tillsättas en arbetsgrupp för fortsatt utveckling och samverkan under 2025 utifrån uppdrag ifrån TL HSVO.

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.

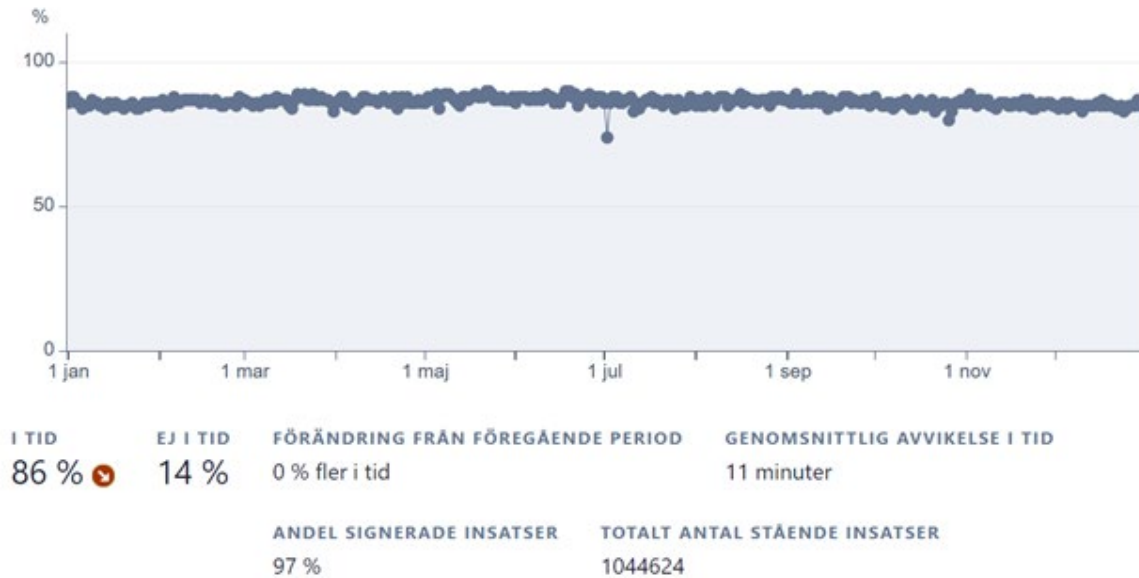
Bank-ID: Identifiering inom kommunernas hjälpmedelssystem *Myloc* i länet.

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 signerings app 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.

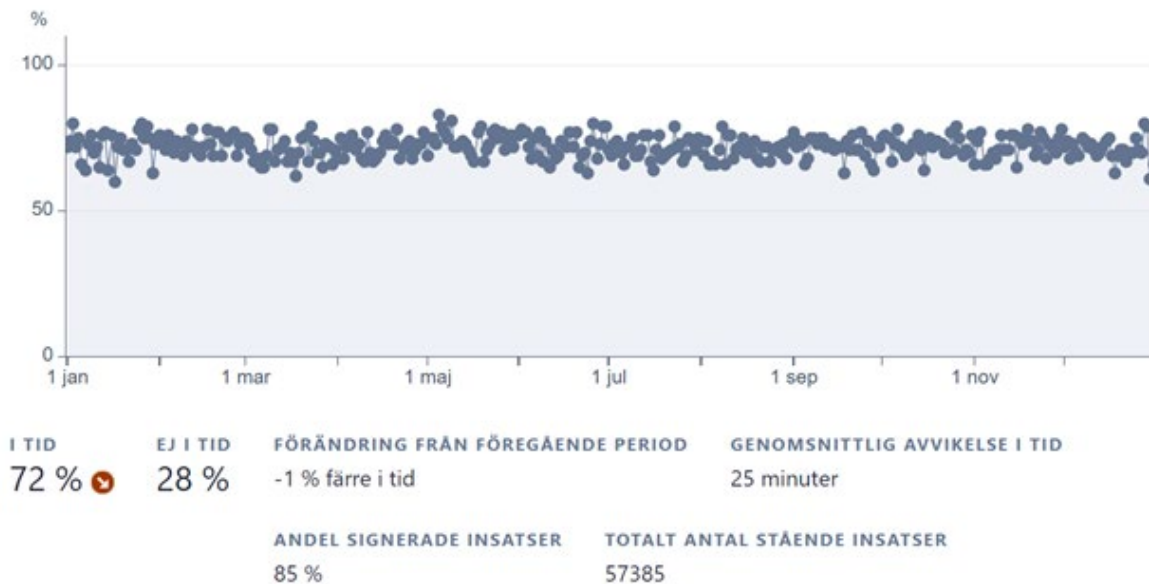
Under året 2024 har totalt 1 044 624 läkemedel signerats i MCSS. I nedan tabell ser vi att 86% av läkemedel har givits i tid av delegerad omsorgspersonal.

Statistik och trender - Stående insatser



Under 2024 har 57385 signerade rehab insatser utförts och signerats för i MCSS. 72% av insatserna har utförts i tid.

Statistik och trender - Stående insatser



Digitala läkemedelsskåp: Ökar spårbarheten samt säkerställer läkemedelshanteringen. Logg

och behörighetsstyrning regleras inom verksamheten.

2.1.2.3 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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 patienten blir väl omhändertagen och får vara delaktig i utredningen. Vid samtycke är det även viktigt att närstående får vara delaktig. Det är även av stor vikt 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.



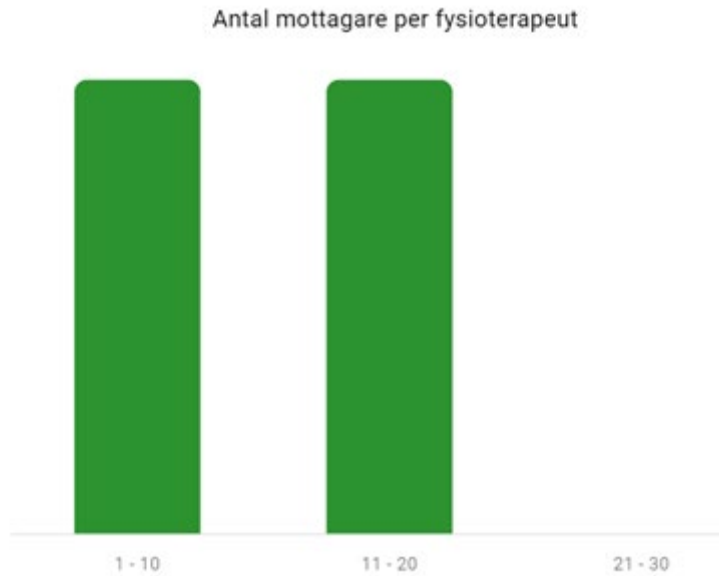
Delegering av hälso-och sjukvårds uppgifter: All legitimerad HSL personal har möjlighet att delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter. Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Vi har en utbildningsansvarig sjuksköterska som håller i utbildningar i läkemedelshantering. Utbildningsansvarig sjuksköterska genomför även ett kunskapsprov på plats för omsorgspersonal som har gått utbildningen. Under 2024 har en uppdatering av delegations rutin av hälso-och sjukvårds uppgifter tagits fram.

Diagrammet nedan visar antalet delegerad omsorgspersonal per sjuksköterska:



Bildtext: Det finns 20 stycken sjuksköterskor i kommunen som står på 10 eller färre delegeringar av omsorgspersonal, 4 av dessa är timanställda som har delegerat 1 omsorgspersonal var. Det finns 1 sjuksköterska som står på 128 stycken delegeringar, det har gått ned sedan 2023 då denna sjuksköterska stod på 202 st delegeringar.

Fördelningen av delegerad omsorgspersonal per sjuksköterska har förbättrats sedan 2023, det finns dock fortfarande förbättringsområden och en jämnare fördelning är ett mål för 2025.



Det finns 2 stycken fysioterapeuter som delegerat 20 omsorgspersonal. 1 fysioterapeut har delegerat 5 stycken och 1 har delegerat 15 stycken omsorgspersonal. Det handlar främst om handhavande kring tippbräda.

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: Under 2024 vårtermin utfördes 1 BPSD administratörsutbildning och 1 utbildning i sexualitet och demenssjukdom. Hösten 2024 blev det stopp i att hålla utbildningar därav utfördes inga under hösten.

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

Förskrivnings utbildning för **sjuksköterskor gällande inkontinensprodukter:** Under 2024, har 3 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. 4 stycken sjuksköterskor var anmälda men 1 blev tyvärr sjuk.

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.

PRPP-utbildning (Perceive, Recall, Plan & Perform): 1 AT har gått utbildning i PRPP. Metoden och bedömningsinstrumentet kan användas på personer i alla åldrar med diagnoser som leder till nedsatt aktivitetsförmåga i vardagen på grund av kognitiva svårigheter. Samtliga personer får en likvärdig, tydlig bedömning och möjliggör valet av adekvat och

kunskapsbaserad behandling. Det finns behov av att ytterligare AT får möjlighet att gå utbildningen.

Förflyttningsutbildning: Det har utförts basal förflyttningsutbildning inom ett antal verksamheter och orter under 2024. Utbildningarna utgår ifrån patientperspektivet, rehabiliterande förhållningssätt avseende funktion, aktivitet och ökad delaktighet. Under 2025 planeras det för fortsatt kontinuerlig basal förflyttningsutbildning utifrån patientperspektivet.

Förskrivarutbildning medicintekniska produkter inom rörelse och kognition: HUL (Hjälpmedel Uppsala Län) arrangerar kontinuerligt specifika utbildningar för förskrivare inom upphandlat hjälpmedelssortiment samt minimässor i samband med nytt sortiment. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor ansvarar för att gå de utbildningar som krävs för att kunna förskriva inom aktuella produktområden.

Hjälpmedelsverksamheten har genomfört utbildning och aktiviteter i förebyggande syfte:

- *Grundläggande förskrivningsrätt* för nyanställd legitimerad personal
- Genomgång med arbetsterapeuter av länsövergripande rutin inför bedömning och förskrivning av elektrisk rullstol
- Hygien genomgång i kommunens Hjälpmedelsförråd på Albrektsgatan 14C har utförts med hygienombud och Vårdhygien
- Förskrivare har fått fördjupad teoretisk och praktisk kunskap via leverantörer i hantering av hjälpmedel som till exempel avancerade ståhjälpmedel, mobila hygienhjälpmedel
- Rollatortält på respektive ort i kommunen. I syfte för patientsäkerhet, uppföljning och information till den enskilde. Det var 63 besökare under 2024 jämfört med 44 besökare år 2023. Detta sker i samarbete med tekniker inom Enheten för arbete och integration (EIA), förskrivare, förrådsansvarig och hjälpmedelsansvarig. Under 2024 var även anhängkonsulenter delaktiga

Syn- och hörselinstruktör: Utbildat 7 hörselombud samt är sakkunnig för vårdpersonal, brukare och anhöriga. Drop in verksamhet på kommunens bibliotek 1 gång/månad för hjälp till användarens egenansvar t ex rengöring, filterbyte. Det var 225 besökare på kommunens bibliotek under år 2024 (jämfört med 44 besökare år 2023).

Förebyggande hembesök: Under 2024 har 248 medborgare i kommunen fyllt 80 år och som inte haft andra insatser än färdtjänst. Det har utförts 60 förebyggande hembesök, 185 medborgare har fått informationsmapp hemskickad (varav 105 har tackat ja utifrån telefonsamtal, medan 80 medborgare ej har gått att nå på grund av inget tillgängligt telefonnummer), 3 medborgare har tackat nej till hembesök och mapp. Samtliga som förebyggande gruppen varit i kontakt med har varit positiva till att bli uppringda och erbjudna informationsmapp och/eller 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. 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.

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

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 2024

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 och drivaggregat	1 gång/år	Arbetsterapeut
Uppföljning tippbräda, ståstöd och stårullstol	1 gång/år	Fysioterapeut/sjukgymnast
Uppföljning lyftselar	2 gånger/år	Arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast
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 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. Självskattningsmetoden sker enhetsspecifikt en gång per månad och utfall av

självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har två träffar (varav en digitalt som var länsgemensamt) genomförts med hygienombud, MAS och vårdhygiens sjuksköterska från Region Uppsala. Inom LSS personlig assistans har hygiensjuksköterska från vårdhygien gjort särskild genomgång med hygienombud från alla personligassistans grupper för att utbilda, stötta i hygienfrågor samt skapa dialog mellan LSS personlig assistans och vårdhygien.

På våra särskilda boenden, LSS-gruppboendestäder, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs kollegial granskning av basala hygien och klädregler (BHK) varje månad vilket under 2024 har registrerats på pappersformulär. Systemadministrationen har tagit fram ett digitalt formulär för registrering månadsvis som tar fram statistik för Östhammars kommun. Det digitala formuläret testades i verksamheterna under september månad för att komma in i skarpt läge januari 2025. Databasen på SKR togs bort under december 2023 vilket föranledde att Östhammars kommun skapat ett eget formulär för registrering och statistik.

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.

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 hygienrondsprotokollet kommer att göras under 2025 av vårdhygien.

Handlingsplan smittsamma sjukdomar

På varje särskilt boende, ordinärt boende och gruppboendestad 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

Under 2024 har ett stort arbete gjorts i att ta fram mallar till det nya journalsystemet som kommer att införas i början av 2025. Detta har gjort att MAS och MAR ej har lagt fokus på det gamla journalsystemet, utan satsar på att bygga nya mallar enligt gällande lagar och föreskrifter till det nya systemet.

Kontroll av elektriska lyftar

Samtliga individuellt förskrivna lyftar samt lyftar som ingår i basutrusning 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 ett stort svinn av narkotika uppmärksammats. Det har även skett ett inbrott i ett av läkemedelsförråden där narkotika stals. Kommunen valde att installera kameror i alla läkemedelsförråd för att förebygga liknande händelser. Händelserna är polisanmälda.

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 omvårdnadspersonal, 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.

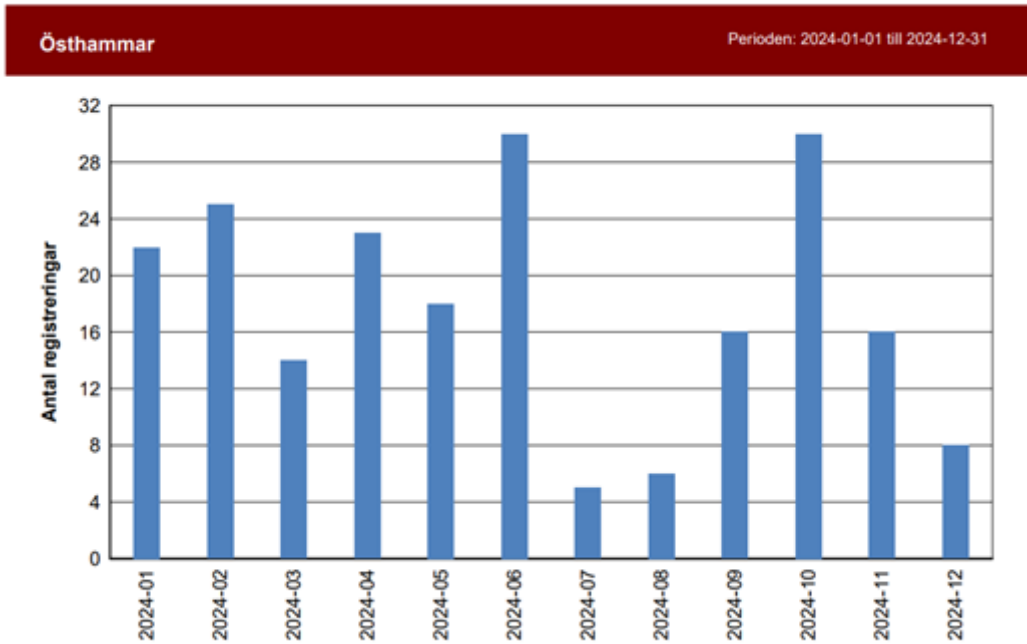
Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD.

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 antalpersoner. Jämfört med andra kommuner i Uppsala län

	Antal	2024-01	2024-02	2024-03	2024-04	2024-05	2024-06	2024-07	2024-08	2024-09	2024-10	2024-11	2024-12
Antal	1629	124	159	152	145	127	131	52	95	164	196	171	113
Enköping	292	21	23	32	26	21	21	10	15	35	42	34	12
Heby	73	7	10	1	3	11	9	0	9	7	6	7	3
Häbo	137	11	17	14	15	11	2	1	2	21	16	11	16
Knivsta	19	0	0	3	0	2	1	0	0	1	0	7	5
Tierp	71	4	12	12	7	3	0	0	4	11	6	7	5
Uppsala	823	59	72	76	71	61	68	36	59	73	95	89	64
Älvkarleby	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Östhammar	213	22	25	14	23	18	30	5	6	16	30	16	8

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.

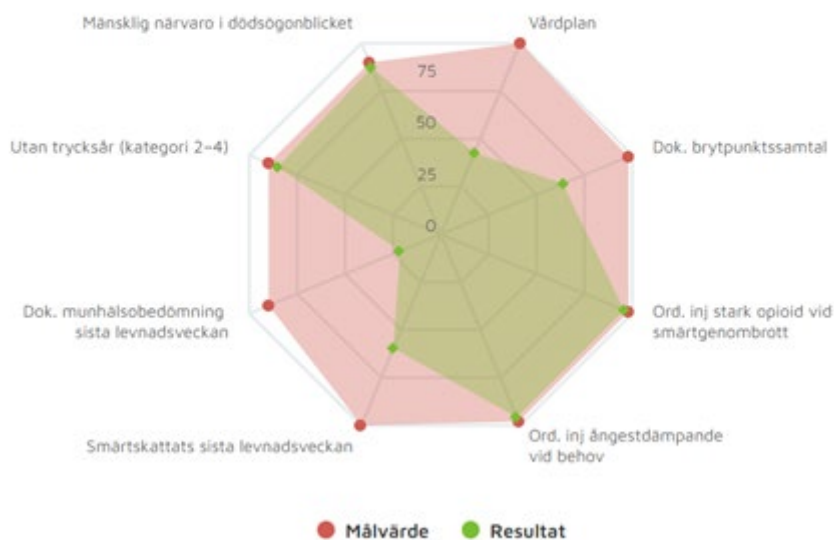
Resultat palliativa registret

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 2024 hade särskilda boenden 47 stycken förväntade dödsfall vilket innebär att en planering för den palliativa vården är möjlig. Resultatet kring dokumenterad munhälsobedömningar låg långt ifrån målvärdet så även de som hade en vårdplan för den palliativa vården.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Detta är en modell

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

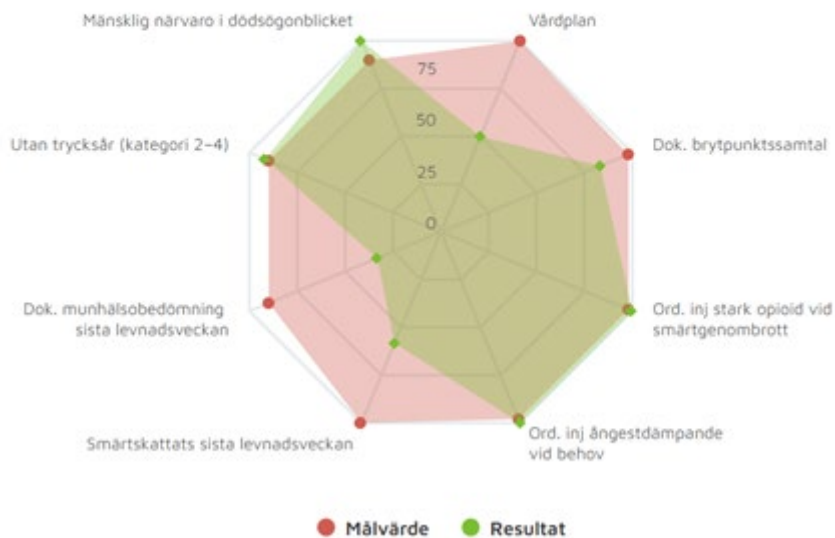
SKAPA EXCEL-FIL

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	42,6	100	20	47
Dok. brytpunktssamtal	63,8	98	30	47
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	95,7	98	45	47
Ord. inj ångestdämpande vid behov	95,7	98	45	47
Smärtskattats sista levnadsveckan	59,6	100	28	47
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	21,3	90	10	47
Utan trycksår (kategori 2-4)	85,1	90	40	47
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,2	90	41	47

Under 2024 var det 12 stycken förväntade dödsfall i ordinärt boende. Resultatet kring dokumenterad munhälsobedömningar låg långt ifrån målvärdet så även de som hade en vårdplan för den palliativa vården.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

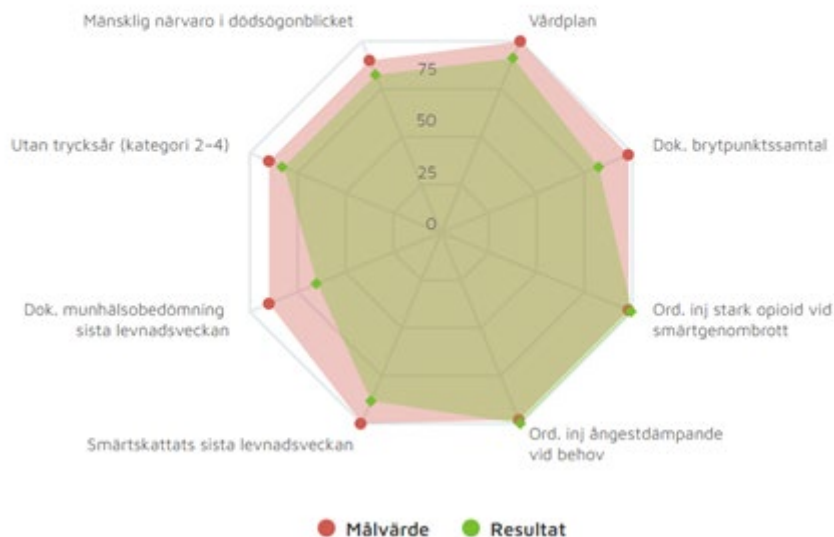
SKAPA EXCEL-FIL 

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	50,0	100	6	12
Dok. brytpunktssamtal	83,3	98	10	12
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	12	12
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	12	12
Smärtskattats sista levnadsveckan	58,3	100	7	12
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	33,3	90	4	12
Utan trycksår (kategori 2-4)	91,7	90	11	12
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100,0	90	12	12

Närvårdsenheten hade 34 förväntade dödsfall och ett resultat som ligger nära de målvärden som satts upp av socialstyrelsen. Förbättringsmöjligheter finns och där kommer munhälsobedömningar att vara i fokus för 2025.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

SKAPA EXCEL-FIL

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	91,2	100	31	34
Dok. brytpunktssamtal	82,4	98	28	34
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	34	34
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	34	34
Smärtskattats sista levnadsveckan	88,2	100	30	34
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	64,7	90	22	34
Utan trycksår (kategori 2-4)	82,4	90	28	34
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	82,4	90	28	34

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, viktninskning, 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 erbjuds 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.

Tabellen nedan visar utfall av vårdprevention på särskilda boenden i Östhammars kommun. Vi kan se en ökning av riskbedömningar i Senior alert jämfört med 2023 samt att Tallparksgården i Öregrund som enda Säbo uppfyller målen.

2023

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar 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	▼	
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %						

2024

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Östhammars kommun	147	99% 156 av 158	54% 85 av 156	58% 91 av 156	40% 22 av 55	28 20 personer	51 personer	19 9 personer	72 personer
Edsvägen	40	98% 44 av 45	16% 7 av 44	18% 8 av 44	17% 1 av 6	5 4 personer	18 personer	2 2 personer	16 personer
Lärkbacken Gimo	35	97% 34 av 35	44% 15 av 34	71% 24 av 34	38% 3 av 8	5 4 personer	11 personer	3 1 personer	18 personer
Olandsgården Alunda	23	100% 25 av 25	84% 21 av 25	96% 24 av 25	44% 4 av 9	3 3 personer	5 personer	6 4 personer	12 personer
Parkv 7-9 Österbybruk	26	100% 27 av 27	74% 20 av 27	48% 13 av 27	0% 0 av 15	13 7 personer	11 personer	0 0 personer	18 personer
Öregrund Tallparksgården	23	100% 26 av 26	85% 22 av 26	85% 22 av 26	82% 14 av 17	2 2 personer	6 personer	8 2 personer	8 personer

I ordinärt boende ser vi en ökad registrering 2024 jämfört med 2023. Det finns dock förbättringspotential och detta är något vi kommer att arbeta med under 2025.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Östhammar Hemtjänst	34	91% 31 av 34	61% 19 av 31	65% 20 av 31	0% 0 av 0	4 3 personer	5 personer	2 2 personer	17 personer
Alunda Hemtjänst	13	100% 13 av 13	77% 10 av 13	85% 11 av 13	0% 0 av 0	1 1 personer	0 personer	0 0 personer	4 personer
Gimo Hemtjänst	14	79% 11 av 14	55% 6 av 11	64% 7 av 11	0% 0 av 0	0 0 personer	4 personer	1 1 personer	8 personer
Öregrunds Hemtjänst	6	100% 6 av 6	33% 2 av 6	33% 2 av 6	0% 0 av 0	3 2 personer	1 personer	1 1 personer	5 personer
Östhammar Hemtjänst Norra	1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	0% 0 av 1	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer

Tabellen nedan visar utfall av vårdprevention på korttidsenheten och på närvårdsenheten i Östhammars kommun. Vi kan se att Närvårdsenheten förbättrat sina resultat ytterligare 2024 jämfört med 2023. Åtgärdsplan vid risk var 2023 96% och nu 2024 98%.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Östhammars kommun	115	98% ↑ 132 av 135	87% ↓ 115 av 132	92% ↓ 122 av 132	100% ↑ 72 av 72	20 ↑ 16 personer	38 ↑ personer	1 ↑ 1 personer	22 ↑ personer
Korttidsenheten	10	100% ↑ 10 av 10	10% ↑ 1 av 10	30% ↑ 3 av 10	0% → 0 av 0	0 → 0 personer	5 ↑ personer	0 → 0 personer	5 ↑ personer
Närvårdsenheten	106	98% ↑ 122 av 125	93% ↓ 114 av 122	98% ↑ 119 av 122	100% ↑ 72 av 72	20 ↑ 16 personer	33 ↑ personer	1 ↑ 1 personer	17 ↑ personer

Uppföljning individuellt förskrivna elektrisk rullstol och drivaggregat

Följs delvis upp en gång per år, men på grund av brist på arbetsterapeutresurs har det ej varit möjligt att följa upp samtliga. I slutet av december 2024 var 61 stycken elektriska rullstolar och drivaggregat individuellt förskrivna på brukare. Under 2025 kommer kommer förskrivningsprocessen att ses över där uppföljning ingår.

Uppföljning tippbräda, ståstöd och stårullstol

Uppföljning har gjorts av sjukgymnast/fysioterapeut inom kommun och region under 2024. I slutet av 2024 var 5 tippbrädor och 4 ståstöd individuellt förskrivna på brukare.

Uppföljning lyftselar

Individuellt förskrivna lyftselar har delvis följts upp två gånger per år av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, men på grund av bristande resurser har det ej varit möjligt att följa upp samtliga. Två undersköterskor med specialistkompetens inom rehabilitering har under hösten 2024 börjat på Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande och kommer framåt att utifrån delegerat ansvar följa upp individuellt förskrivna lyftselar.

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 2. Analys

3.3 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.

3.3.1 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 samt anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

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

3.4 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.

3.4.1 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, Svenska palliativa registret, BPSD registrering och Senior alert, Bergs Balans test, 6 minuters gångtest, TUG, Diff-TUG, Ashworths, Sunnaas ADL Index, ADL Taxanomin.

Det behöver göras en översyn av kvalitetsledningssystemet för legitimerad personal, eftersom det är otydligt och svårt att hitta aktuella riktlinjer, rutiner och styrdokument. Detta arbete har påbörjats under 2024 och ett ledningssystem kopplat till hälso-och sjukvården har påbörjats.

Ett nytt journalsystem är upphandlat och kommer att implementeras under 2025. Under 2024 har ett stort arbete med att förbereda strukturen i systemet gjorts. Bland annat har mallar för tex anamnes och vårdplaner, fras texter och uppbyggnaden av organisationsträdet samt genomgång av KVÅ koder gjorts under 2024.

Myloc: Under första kvartalet 2025 kommer ett nytt verksamhetssystem för bland annat registrering /avregistrering av individuellt förskrivna hjälpmedel att implementeras i samtliga kommuner i länet. Verksamhetssystemet kommer även att användas för hanteringen av hjälpmedel inom hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedelsförråd.

Det planeras för utökning med ett hemtagningsteam där 1 AT och 1 FT/SG ingår. Hemtagningsteamet för väst och öst kommer att ansvara för patienten de första 2 veckorna vid behov.

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

Under 2024 ska följande åtgärder genomföras: Utbildning i SBAR fortsätter, fortsättning av översyn gällande styrdokument i ledningssystemet, revidering av rutin gällande delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter, fortsatt arbete med riskbedömningar i Senior alert.

3.5 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.

3.5.1 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 Effektiv 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, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjukgymnaster.

3.5.1.1 Riskhantering

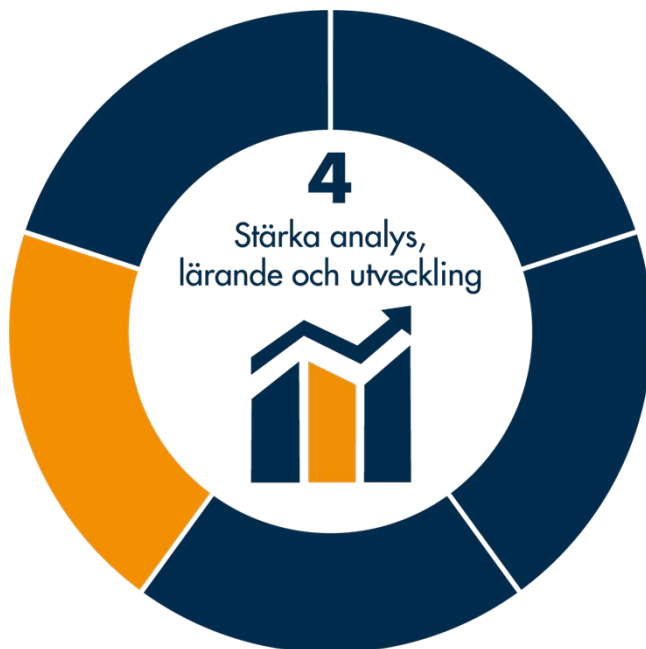
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

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.

3.6 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.

3.6.1 I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Under 2024 har 6 stycken anmälan enligt vårdskada (lex Maria) rapporterats till IVO.

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

3 anmälningar enligt vårdskada handlade om fördröjd behandling. IVO har avslutat 2 av ärendena och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit. I ett av ärenden väntar vi fortfarande på återkoppling från IVO.

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

har vidtagit.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om brister i uppföljning av ordinerade insatser av legitimerad personal. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

3.6.2 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 2022, 2023 och 2024

Typ av avvikelse	2022	2023	2024
Fall	1 221	1293	1323
Läkemedel	771	743	717
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	115	89	88
Händelse med hjälpmedel, teknik och/fysisk miljö	34	36	63
Brist i rehabilitering	2	5	6
Brist i information, kommunikation, samverkan	127	90	116
Brist i/utebliven dokumentation	64	43	62
Tryckskada/trycksår	4	9	17
Bruten sekretess	17	1	10
Övrigt	108	55	131
Summa:	2463	2362	2533

Typ av avvikelser

Under 2024 har 2533 avvikelser rapporterats inom hälso-och sjukvården. Motsvarande siffra för 2023 var 2362. 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, rätt ansvarsfördelning och utredare.

Fallavvikelser

Under 2024 registrerades 1323 fall, vilket är en viss ökning jämfört med åren 2022-2023. Antalet fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) har minskat och var 11 stycken under 2024 jämfört med 21 stycken under 2023. Orsaken till fall beror bland annat på nedsatt

balans och muskelstyrka på grund av naturligt åldrande, nedsatt kognitiv förmåga (t ex nedsatt förmåga att kunna ta instruktioner, nedsatt insikt om sin förmåga), inaktivitet, läkemedelspåverkan, nedsatt nutrition, sjukdomsorsak, faktorer i fysisk miljö, otillräcklig närvaro av omvårdnadspersonal, korta rehabiliteringstider inom slutenvården, fördröjda larmsystem. Verksamheterna arbetar med fallförebyggande åtgärder, men behöver arbeta mer analytiskt i avvikelserapporten, strukturerat och teambaserat.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var det 5 stycken under 2024. Av dessa var 3 avvikelser kopplade till narkotikastölder.

Händelse med hjälpmedel, teknik och fysisk miljö

Under 2024 registrerades 63 avvikelser jämfört med 36 avvikelser under 2023. Avvikelsena beror bland annat på handhavandefel av hjälpmedel hos brukare, handhavandefel av avancerade hjälpmedel hos omvårdnadspersonal, brist på kompetens och resurser, otillräcklig uppföljning utifrån Förskrivningsprocessen och förskrivaransvaret. Behoven och förskrivningen av hjälpmedel har ökat betydligt de senaste åren och kommer troligen fortsätta utifrån ökad äldre befolkning och behov.

Brist i rehabilitering

Under 2024 har 6 stycken avvikelser registrerats. Avvikelsena handlar bland annat om att ordinerade rehabiliteringsinsatser har missats på grund av okunskap och kommunikation, omvårdnadspersonal har missat att signera i det digitala ordinationsverktyget Appva, svårighet för omvårdnadspersonal att motivera brukare till träning. Bristen på kompetens inom området rehabiliterande förhållningssätt hos omvårdnadspersonal gör att AT och FT/SG får skriva ordinationer på vardagsaktiviteter.

Tryckskada/trycksår

Tryckskador har ökat från 9 stycken 2023 till 17 stycken 2024. Avvikelsena handlar bland annat om brist i utförande av riskbedömningar i Senior alert, 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, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Under 2024 har 86 stycken vårdkedjeavvikelser rapporterats från Östhammars kommun till annan huvudman. Främsta orsaken till avvikelse var brister i kommunikation och information samt har inte följt rutin gällande utskrivningsprocessen från slutenvården.

3.6.3 Klagomål och synpunkter

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

Under året 2024 har 1 ärenden anmälts till patientnämnden, gällande delaktighet. Patientnämnden avslutar ärendet efter samtal med anhörig.

Övriga synpunkter och klagomål redovisas tertialsvis till nämnd.

3.7 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.

3.7.1 Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



Under 2024 har arbetet kring kris och beredskap kopplat till hälso- och sjukvården fortlöpt och detta arbete har flätats ihop över organisation gränser.

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.

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 80 % av patienterna i Säbo ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2025. Målet är att 50 % av patienterna i ordinärt boende ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2025.

Strategier

- Säkerställa personalens kunskap i arbetet med Senior alert.
- Genomföra riskbedömningar enligt Senior alert.

- Öka vårdpersonalens kunskaper inom syn och hörsel.

Mål 2: Säkerställa att Hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedel, HSL/LSS och SOL enheternas basutrustning hanteras utifrån lagen MDR.

Strategier:

- Utbildning och implementering av ett digitalt verksamhetssystem för individuellt förskrivna hjälpmedel kvartal 1 under 2025
- Upphandling och implementering av ett nytt digitalt verksamhetssystem för verksamhetsinköpt basutrustning
- Spårbarhet / märkning sker utifrån MDR kraven

Mål 3: Att förbättra kvalitetsindikatorerna i palliativregistret 2025 gentemot 2024

Strategier

- 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: Ta fram dokumentationsgranskningsmall för nytt journalsystem samt ta fram ny rutin gällande journalgranskning.

Strategier

Utformning av mall för journalgranskning

Utformning av rutin för journalgranskning

Mål 5: Utveckla demensstödet inom ordinärt boende.

Strategier

Göra rehabenhetens personal involverad tidigt vid demensdiagnos

Kunna bedöma och sätta in tidiga åtgärder som tex kognitiva hjälpmedel, förflyttningshjälpmedel