

Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden år 2023



Diarienummer: SN-2024/47

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inledning

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

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

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

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver det systematiska förbättringsarbetet inom egen regi av hemsjukvård och rehabilitering, hemtjänst, särskilt boende, serviceboende, personlig assistans samt Attendo hemtjänst och S:t Maria gruppboende. Utförare på särskilt boende och gruppboendestäder i avtal med kommunen redovisar sina egna patientsäkerhetsberättelser.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Handlingsplan för patientsäkerhet.....	15
Egenkontroll	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	18
Interna arbetsprocesser och system.....	18
Äldrevårdsenheten.....	19
Modell för palliativ vård	19
Säker vård här och nu.....	20
Riskhantering.....	20
Säker bemanning.....	21
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Inspektion för vård och omsorgs (IVO) tillsyn	21
Avvikelse	22
Allvarlighetsgrad.....	23
Läkemedelsavvikelse.....	24
Fallavvikelse	25
Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelse.....	26
Lex Maria	27
Avvikelse i vårdkedjan.....	27
Klagomål och synpunkter	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?.....	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30

BILAGA 1.....	32
RESULTAT OCH ANALYS.....	32
Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår	32
Kvalitetsregister – Palliativa registret	33
Basal hygien och klädregler.....	36
Infektionsregistreringar.....	38
Vårdhygienisk egenkontroll.....	40
Följsamhet till ordinationer.....	40
Läkemedelshantering	43
Läkemedelskontroll	43
Journalgranskning	43
BILAGA 2.....	45
MÅLUPPFYLLELSE 2023	45
Handlingsplan för patientsäkerhet.....	45
Basala hygienrutiner och klädregler.....	45
Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister.....	45
Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret	45
Avvikelsehantering	45
Teamarbete	45
Dokumentation	45
Följsamhet till rehabiliteringsinsatser	45

SAMMANFATTNING

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minimera risken för vårdskador. Flera faktorer, såsom engagerad ledning och tydlig styrning, patientdelaktighet, adekvat kunskap och kompetens samt en god säkerhetskultur, bidrar till en hög patientsäkerhet och är avgörande för det preventiva arbetet med att förebygga vårdskador. Under året har ett omfattande arbete med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhet för Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi utförts. Förbättringsområden identifierades och prioriterades, vilket ledde till att konkreta insatser för att möta utmaningarna skapades. Samtidigt har fokus varit på att säkerställa relevanta och övergripande processer och rutiner. Delegeringsrutiner för hälso- och sjukvårdsuppgifter, läkemedelshantering och skyddsåtgärder har genomgått omfattande revideringar och implementerats i verksamheterna. Därtill har betydande insatser utförts inom området för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

De uppsatta målen för ökad patientsäkerhet under året inkluderade utarbetande av en handlingsplan för patientsäkerhet, fullständig följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), individuella riskbedömningar för minst 75% av patienterna, ökad täckningsgrad i palliativregistret till minst 80%, förbättrad avvikelshantering, förbättrade förutsättningar för teamsamverkan mellan verksamheter, fullständig följsamhet till journalrutiner och föreskriftskrav samt förbättrad följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser. Vid utvärderingen framkom att målen om att utarbeta en handlingsplan för patientsäkerhet och att öka täckningsgraden hade uppnåtts. Estrids gård hade också nått målet om individuella riskbedömningar, men med möjlighet till förbättring i genomförande och uppföljning av åtgärder vid identifierade risker.

Trots att alla mål inte uppnåddes fullständigt, har förbättringar inom flera områden noterats. Den totala följsamheten till BHK fortsätter att öka, och Estrids gård har fullständig följsamhet till infektionsregistreringar. Samtliga verksamheter har under året utarbetat handlingsplaner inför utbrott av smittsamma sjukdomar. Inom vård i livets slutskede har verksamheterna uppnått 100% följsamhet till ordinerade läkemedel mot smärta och ångest samt ökad följsamhet till erbjudande av efterlevandesamtal.

Totalt antal rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård (HSL) har ökat med 13% jämfört med 2022. Däremot är det begränsat med rapporterade klagomål och synpunkter, endast fyra stycken från verksamheterna. Klagomålen har handlat om bristande följsamhet till basal hygien och uteblivna läkemedelsadministrationer till patienter. Patientnämnden har fått en synpunkt på brister i omvårdnad och läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede. Antalet inkommande avvikelser i vårdkedjan har minskat under året. Av de rapporterade avvikelserna har en bedömts som risk för allvarlig vårdskada och anmälts enligt lex Maria till Inspektion för vård- och omsorg (IVO). Avvikelsehanteringen har dock inte fungerat optimalt under 2023, vilket avspeglas i indikatorer på underrapportering av avvikelser, brister i utredning och bedömning av allvarlighetsgrad samt bristfällig uppföljning av avvikelser generellt.

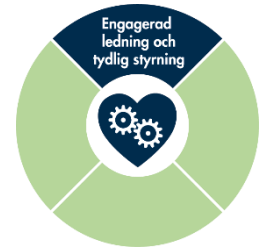
En blick framåt

Framtida utmaningar fokuserar särskilt på att förbättra följsamheten till avvikelseprocessen. Det planeras omfattande revideringar av rutiner, en översyn av systemets funktionalitet samt revidering av avvikelsemallar för att bättre stödja processen. Utbildningsinsatser är planerade under våren 2024. Fortsatt arbete krävs även för att säkerställa dokumentation och främja optimal teamsamverkan mellan verksamheterna, särskilt inom ordinärt boende.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgskontorets mål och strategier för att främja patientsäkerhetsarbetet samt stärka verksamheternas kvalitet inom vård och omsorgskontoret under år 2023 har varit följande:

Mål 1: Utarbeta en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, där det långsiktiga målet är en ökad patientsäkerhet.

Strategier:

- Genomföra en övergripande nulägesanalys genom SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet. Ansvar: MAS håller ihop arbetet.
- Utifrån nulägesanalysen identifiera förbättringsområden och därefter prioritera dessa. Säkerställ patientens delaktighet inom samtliga områden. Ansvar: HSL-ledningen.
- Utifrån identifierade förbättringsområden upprätta en förvaltningsövergripande handlingsplan för patientsäkerhet. Ansvar: MAS, MAR och VC HSL
- Använda verktyget Säkerhetskulturtrappan från A till E. Ansvar: Enhetschefer

Mål 2: 100 % följsamheten till BHK på kommunens samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad i SKR:s PPM-databas. Ansvar: Enhetschef
- Att återkoppla och lyfta resultaten på APT på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden. Ansvar: Enhetschef
- Att på en övergripande nivå regelbundet följa resultatet i samtliga verksamheter och rapportera detta till HSL-ledningen. Ansvar: MAS
- Hygienombudsträff tillsammans med samtliga hygienombud och representant från vårdhygien. Ansvar: MAS tillsammans med vårdhygien.

Mål 3: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, eventuell åtgärdsplan samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Strategier

- Säkerställa legitimerad personals kunskap i arbetet med senior alert. Ansvar: Enhetschef
- Att genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert minst två gånger per år. Ansvar: Legitimerad personal.

- Att skapa förutsättningar för att åtgärder och uppföljningar ska kunna utföras i ett multiprofessionellt team genom att se över mötesstrukturen. Att det förebyggande arbetet sker i team där omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut är avgörande för att höja kvaliteten på vården och det förebyggande arbetet. Ansvar: Områdeschef för utförare, enhetschefer och legitimerad personal med stöd av MAS och MAR.
- Skapa handlingsplan för fall och det fallförebyggande arbetet. Ansvar: MAR.

Mål 4: Att öka antalet registreringar i Palliativregistret till 80 % och att arbeta med att förbättra resultatet angående smärtskattning och munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka samt erbjuda och genomföra efterlevandesamtal till anhöriga. Målet är att närma oss Socialstyrelsens mål där 100 % ska ha erhållit smärtskattning och 90 % munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka. Målet för utförda efterlevandesamtal är 90 %.

Strategier

- Registrera dödsfallsenkäter vid samtliga dödsfall som inträffar inom vård- och omsorgsboenden, på korttidsboende, LSS-boende och personer som har hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvar: Sjuksköterska
- Stödja ökad registrering i kvalitetsregistret. Ansvar: MAS
- Att utföra smärtskattning, munhälsobedömningar och efterlevandesamtal för att höja kvaliteten på vården i livets slutskede. Ansvar: Sjuksköterska.
- Lägesrapport och genomgång av resultaten på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden och tidigt kunna sätta in åtgärder. Ansvar: Enhetschef

Mål 5: Säkerställa och förbättra avvikelshanteringen och medvetandegöra vilka avvikelser som ska rapporteras. Målet är även att stärka rapporteringen vid S:t Maria, personlig assistans, Tegelparken och Attendos hemtjänst, som har mycket små volymer av inrapporterade avvikelser.

Strategier

- Översyn av avvikelsemodulen och om förbättringar kan utföras för att underlätta hanteringen av avvikelserna. Ansvar: MAS och SAS håller ihop arbetet.
- Revidera nuvarande avvikelserutin och säkerställa att systemet stödjer processen samt implementera detta. Ansvar: MAS och SAS håller ihop arbetet.
- Samverka med berörda chefer för enheterna som behöver stärka sin rapportering och tillsammans säkerställa kompetens inom avvikelseområdet samt följsamhet till rutin. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS.
- Att minska uteblivna läkemedelsdoser till högst 10 % av all avvikelshantering. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS.
- Att systemet för digital signering används på ett korrekt sätt. Ansvar: Enhetschefer tillsammans med administratörer i det digitala signeringsverktyget.

Mål 6: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete på och mellan enheterna.

Strategi:

- Skapa en fungerande mötesstruktur. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda enhetschefer

- Skapa förutsättningar för resurseffektiva teammöten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda chefer
- Skapa en fungerande rutin för ärendeplanering. Ansvar: Enhetschefer
- Skapa en agenda med fasta punkter så att samtliga professioner är delaktiga på mötena. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS och MAR.

Mål 7: 100 % följsamhet till journalrutin för att säkerställa att dokumentationen sker på ett säkert och enhetligt sätt. Säkerställa spårbarheten så att det blir lättare att hitta planerade och utförda insatser.

Strategi:

- Upprätta journalgranskningsmall som kan användas vid granskning av journal. Ansvar: MAS och MAR
- Genomföra journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal. Ansvar: MAS och MAR, enhetschefer samt legitimerad personal.
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentations grupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 8: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Strategi:

- I samarbete med chefer stärka kunskapen gällande ordinerade rehabinsatser genom utbildningsinsatser. Ansvar: MAR
- Genom HSL- ledning förtydliga och förankra behovet. Ansvar: MAR
- Se över behov av att förtydliga rehab-ordinationer i hemtjänstens planeringssystem. Ansvar: MAR håller ihop arbetet
- Följa upp följsamheten via digitalt signeringssystem. Ansvar: Enhetschefer på respektive enhet samt MAR

Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Nämnden delegerar därefter uppdraget att arbeta med dessa frågor till Vård- och omsorgskontoret.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret och har det övergripande ansvaret att leda, planera, samordna och utveckla organisationen. Ansvaret omfattar bland annat säkerställande om att:

- vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för Vård- och omsorgskontorets fastställda rutiner
- resursanvändning och bemanning möjliggör att uppnå en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra/ utveckla organisationen med stöd av ledningssystemet

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård (VC HSL) är ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret samt utförare enligt LOV. Uppdraget regleras i 4 kap. 1-5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och innebär i huvudsak att;

- ha det övergripande ansvaret för att verksamheter inom egen regi samt utförare enligt LOV har en god patientsäkerhet, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation som skapar förutsättningar att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter så att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- säkerställa och följa upp att Vård- och omsorgskontoret har tydliga mål med patientsäkerhetsarbetet.
- det finns tillräcklig bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att bedriva en god och säker vård.
- rapportera till den politiska organisationen när så krävs, och vid behov säkerställa att underlag inför politiska beslut tas fram så att patientsäkerheten kan upprätthållas.

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) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det (MAS)

MAR ansvarar även för att det finns ändamålsenliga och väl fungerade riktlinjer/ rutiner för:

- a) användning och hantering av medicintekniska produkter
- b) det kommunala rehabiliteringsuppdraget på primärvårdsnivå

Vidare ansvarar MAS, tillsammans med MAR, för att lagar och författningar inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är kända och efterlevs inom Vård- och omsorgskontorets enheter i egen regi samt utförare enligt LOV. I uppdraget ingår också att utarbeta övergripande riktlinjer/ handlingsplaner/ rutiner inom andra områden inom ramen för hälso- och sjukvårdsområdet samt samverka i länsövergripande forum och med andra vårdgivare.

Områdeschef utförare i egen regi ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar genom att leda och samordna utförare i egen regi där hälso- och sjukvård bedrivs
- hålla ihop och genomföra riskanalyser som berör flera enheter samt inför större förändringar, exempelvis organisatoriska förändringar
- vid behov formulera övergripande mål för enheterna och ansvara för att dessa följs upp och uppnås
- enhetschefer har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs

Verksamhetsansvarig chef ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar för god vård och omsorg på enheten, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och skapar förutsättningar för sin enhet att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- säkerställa att enhetens personal arbetar i enlighet med processerna och riktlinjer/ rutiner/ instruktioner som ingår i ledningssystemet.
- medarbetarna har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter med hänsyn till de krav som ställs på enheten, samt att en strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerheten.
- skapa förutsättningar för en personcentrerad vård
- ny personal får den introduktion som krävs för att kunna utföra uppdragen

Legitimerad personal ansvarar för att;

- aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- 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 befintligt delegeringsmaterial till omsorgspersonal

Vidare anses omsorgspersonal som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad personal och genom delegering utför ordinerade arbetsuppgifter.

Stödfunktioner

Ledningen samverkar med externa stödfunktioner såsom exempelvis vårdhygien, smittskydd, strama, hjälpmedel i Uppsala län (HUL), palliativa konsultteamet (PKT), patientnämnden med flera.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns följande samarbetsforum för att främja patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer:

- VC HSL, MAS och MAR har gemensamt forum för övergripande strategiska ledningsfrågor för patientsäkerheten.
- VC HSL, MAS, MAR, områdeschef och enhetschefer i egen regi har gemensamt forum för strategiska frågor på verksamhetsnivå.
- MAS och MAR har motsvarande forum i relevanta delar med externa LOV-utförare och extern utförare för gruppboende inom LSS där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret.
- MAS och MAR samverkar månatligen med legitimerad personal utifrån arbete med processer och rutiner samt behov av informationsöverföring kring lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer i samverkan med regionen med mera.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det är av stor vikt att vårdens olika delar samspelar och fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som också kan leda till ineffektiv vård och i slutändan vårdskada för patienten. För att säkerställa att patienters vård och behandling sker på ett optimalt och säkert sätt behöver det därför finnas riktlinjer för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan vårdgivare. I Uppsala län finns riktlinjer

som styr samverkan mellan länets samtliga kommuner och region Uppsala. Dessa styrdokument går att hitta i kvalitetshandboken, vård i samverkan (VIS). Bland annat finns det VIS – dokument som beskriver hur samverkan ska ske vid vårdövergångar.

Lokal samverkan

- Lokal tjänsteledning närvård - Vård och omsorg, skola, primärvård, habilitering och psykiatri
Samverkansmöten mellan rehab och specialistansluten palliativ vård samt habiliteringens verksamhet.
- Hälso- och sjukvårdsledningsmöten (HSL-ledning)
- MAS/MAR möte tillsammans med verksamhetsansvariga chefer i egen regi samt jourverksamheten
- MAS/MAR samverkansmöte med externa utförare verksamhetsansvariga
- MAR/MAR samverkansmöte med privata utförare medicinskt ansvariga
- MAS/MAR möte tillsammans med daglig verksamhet (DV) och enheten för LSS boende och personlig assistans
- Hjälpmedelsmöten för samtliga utförare
- Stöd till DV vad gäller läkemedel och hjälpmedelshantering
- Lokal samverkan mellan HSL och BHL-enheten i utskrivningsprocessen

Länsövergripande forum

- HSVO Uppsala län – socialchefer (socialchef Knivsta tillika verksamhetschef enligt HSL) och regionen
- GAP UL – Gemensamma analyser och samverkansprocesser vid utskrivning från slutenvården och utveckling av manual för Cosmic Link, kommunikationsverktyget
- Lokalredaktörer - referensgrupp VIS- dokument
- Skapande av VIS dokument - särskilda arbetsgrupper utifrån kompetensområde
- Patientsäkerhetsgruppen
- Effektiv och nära vård, inklusive projektgrupper
- Hjälpmedel Uppsala Län (HUL)
- Nära vård och hälsa, vårdhygien, smittskydd och kommunernas MAS:ar
- Inkontinensråd
- MAS/ MAR nätverket
- Nätverk hjälpmedelsansvariga (HAL) i länet
- Läkemedelskommittén
- LAG Äldre och läkemedel
- LAG Täckningsgrad

Samverkan vid utbildningsinsatser

- Hygienombudsutbildningar
- Mätutbildningar för basala hygienrutiner och klädregler
- Palliativa ombudsutbildningar
- Förskrivarutbildningar för hjälpmedelshantering
- Inkontinens och förskrivning av produkter
- GAP UL utbildningsinsatser, utskrivningsprocessen

- Riktad utbildning till delegerad omsorgspersonal inom kommunal primärvård inom området äldre och läkemedel

Informationssäkerhet

Riskanalyser som genomförts inom informationssäkerheten under året har integrerats i klassificeringen av information baserat på förekommande system inom Vård- och omsorgskontoret. Denna process innebär att olika typer av information identifieras och klassificeras utifrån känslighetsnivå samt dess betydelse för organisationen. Vid dessa analyser har sannolikheten för händelser och bedömningen av potentiella negativa konsekvenser ingått.

Under året har inga incidenter som kunnat påverka informationssäkerheten identifierats. Däremot har kommunen haft flertalet mindre avbrott i åtkomsten till system, såsom att internettrafiken inom kommunen legat nere och verksamhetens åtkomst till berörda system har varit begränsad eller helt otillgänglig. Driftavbrott har generellt en påverkan på organisationens förmåga att upprätthålla normala verksamhetsprocesser. Konsekvenserna blir bland annat att det inte är möjligt att ta del av, producera eller förmedla information till tredje part, till exempel region Uppsala. Det innebär också en förlust av produktivitet och ökade kostnader för återställning och att komma i kapp med exempelvis dokumentationen.

Årets uppföljningar inkluderade revisioner och internkontroller i HSA samt regelbundna granskningar av personalens åtkomst till patientuppgifter. Aktiviteten utgår från stickprov och riktade kontroller som rapporteras enligt gällande rutin. Det har även utförts återläsningstester som hjälpt till att identifiera och åtgärda potentiella sårbarheter. Riktade utbildningar och medvetenhetskampanjer har också hållits för att hålla personalen informerad om de senaste hoten och bästa praxis inom informationssäkerhet.

Förbättringsåtgärder under året inkluderar förvaltningen av systemen, vilket omfattar olika aktiviteter som syftar till att säkerställa att system och applikationer fungerar effektivt och säkert. Regelbunden övervakning av prestanda, tillgänglighet och användning görs för att identifiera eventuella avvikelser eller problem i realtid. Detta utförs inom ramen för driftåtagandet och i dialog med IT centrum/Advania och inkluderar även regelbundna säkerhetsuppdateringar för att säkerställa att systemen är skyddade mot kända sårbarheter och hot. En uppdatering av teknisk dokumentation och hantering av systemversioner har också varit en del av åtgärderna för att säkerställa att informationen är aktuell och tillgänglig för användarna. Hantering och implementering av nya systemversioner eller uppdateringar görs när det bedöms vara nödvändigt.

Löpande stickprovskontroller och strukturerade journalgranskningar i patientjournaler har utförts av MAS och MAR under 2023, där dokumentationen har granskats för att kontrollera att den följer journalrutin och föreskrifts krav men även för att identifiera förbättringsområden. Resultatet redovisas i bilaga 1. Utöver detta har det identifierats att informationsdelningen mellan lagrummen brister, där konsekvenserna bland annat är att omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter inte har möjlighet att dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournalen och legitimerad personal missar viktig information.

En god säkerhetskultur

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



Ledningen har ett viktigt ansvar att skapa förutsättningar för en god och säker vård av hög kvalitet genom att främja en god säkerhetskultur på enheterna, där alla medarbetare har en viktig roll oavsett profession. Samtliga verksamheter prioriterar och hanterar patientsäkerhetsfrågor på alla nivåer inom sina respektive enheter. Det görs bland annat genom att möjliggöra en god arbetsmiljö som främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och det pågår ett ständigt arbete för att få ett öppet arbetsklimat där medarbetarna tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om patientsäkerhet. Flera verksamheter rapporterar att den här typen av kommunikation vanligtvis görs inom och mellan professioner vid rapporteringstid, exempelvis vid morgonmöten, teammöten, avvikelseråd eller APT. Enligt IVO:s nationella tillsyn av särskilt boende för äldre riktades kritik mot kommunerna att omsorgspersonal var de som utförde medicinska bedömningar. Bedömningen i Knivsta är dock att det fortsatt är en hög följsamhet till rutin, där omsorgspersonal kontaktar sjuksköterska när de behöver vägledning eller exempelvis vid förändrat hälsotillstånd eller inför bedömning om vid behovs läkemedel ska administreras. Sjuksköterskorna utför de medicinska bedömningarna i ett tillåtande klimat där omsorgspersonalen uppmuntras att söka stöd från legitimerad personal vid behov. Alla verksamheter har även avsatt tid för reflektion, om än i varierande omfattning. Vanligast är att det utförs i samband med APT eller vid särskilda professionsmöten, medan Estrids gård har kontinuerliga, särskilda tillfällen för detta.

Verksamhetsansvariga chefer har en avgörande roll när det kommer till att stödja och främja avvikelserapporteringsskulturen. Det är särskilt viktigt att de regelbundet tar upp inträffade avvikelser med sina medarbetare för att dela insikter och ständigt arbeta för att förbättra verksamheten. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering lyfter att det fortsatt är få avvikelser som enbart hanteras inom enheten och att avvikelser där det kräver samverkan med andra verksamheter har en fortsatt utvecklingspotential.

Varje verksamhet har mer eller mindre etablerade och regelbundna avvikelseråd, eller annat särskilt forum, som spelar en viktig roll i att identifiera och hantera avvikelserna på lokal nivå. Dessa råd kommer fortsatt också vara viktiga forum för att analysera och diskutera avvikelser samt besluta om lämpliga åtgärder. Men genom att inkludera avvikelser i det dagliga teamarbetet kommer det att skapas en ännu bredare förståelse för deras betydelse och stärka förmågan att agera snabbt och effektivt vid avvikelser. Förhoppningen är att det kommer kunna förbättra verksamheternas förmåga att lära av händelser kontinuerligt och genom det utveckla kvaliteten och öka patientsäkerheten. Att få till det dagliga teamarbetet har dock varit en stor utmaning inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering samt för hemtjänsten och arbetet behöver därför fortsätta under 2024.

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.



Det finns hygienombud och ombud inom palliativ vård fördelade på de olika enheterna, med undantag för enheten för socialpsykiatri och stödboendet där ombud saknas. Utöver det finns rehabombud på Estrids gård och hörselombud på Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi. Ombuden har gått särskilda ombudsutbildningar och har regelbundna ombudsträffar inom sitt område och ska vara drivande och aktivt arbeta med frågorna på den

egna enheten. Det ingår även att vara vägledande och handleda samt sprida information till övriga medarbetare. Verksamhetsansvariga chefer informerar och går igenom rutiner och processer med medarbetarna på APT och de får även ta del av det skriftliga materialet. Vid behov kan arbetsgruppen även jobba med materialet i grupp och diskutera hur det påverkar det dagliga arbetet. Vid uppmärksammat behov kan APT användas för kompetensutveckling, exempelvis för utbildningsinsatser.

För att upprätthålla adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete utbildar Vård- och omsorgskontoret personal fortlöpande. Utöver ovanstående aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet har regelbunden kompetensutveckling och utbildningar fortsatt som tidigare år, exempelvis hygienombudsutbildning för både nya ombud och för redan befintliga som behövt aktualisera kunskapen samt mätutbildning för att kunna utföra observationer av BHK. Webbutbildning i basala hygienrutiner genomförs fortlöpande för samtliga medarbetare, inklusive vikarier, vid nyanställningar och upprätthålls därefter genom regelbunden repetition. Webbutbildningen jobba säkert med läkemedel utförs av all personal inför mottagande av en delegering och som komplement har sjuksköterskorna delegeringsutbildningar. Nyanställda arbetsterapeuter eller sjukgymnast/fysioterapeut har obligatorisk introduktion av hjälpmedelsansvarig (HAL) gällande hjälpmedelshantering i kommunen. Arbetsterapeuter och sjukgymnast/ fysioterapeuter går även förskrivarutbildningar för förskrivning av individuella hjälpmedel. Vid utbildningen säkerställs kunskap gällande förskrivning av hjälpmedel samt hjälpmedlets funktion. För att stödja medarbetarna vid förskrivning av hjälpmedel har HAL tagit fram kriterier för förskrivning av olika hjälpmedelskategorier. Vidare erbjuder arbetsterapeut och sjukgymnast/ fysioterapeut regelbundna förflyttningsutbildningar och lyftlicensutbildningar. Avseende lyftlicensutbildningarna erbjuds dessa till all nyanställd personal oavsett utförare samt med regelbundenhet till övriga medarbetare. Demens ABC genomförs på demensavdelning och inom hemtjänst i egen regi. Nyanställd personal vid enheten för hemsjukvård och rehabilitering genomgår SIP¹-utbildning. Särskild utbildningsinsats utfördes också inför implementeringen av PU sensor. Estrids gård har också haft utbildningsinsatser inom vårdrelaterade infektioner, munhälsa samt utbildning inom palliativ vård via palliativa konsultteamet.

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.



Verksamheterna möjliggör att patienter och deras närstående involveras och görs delaktiga i både den egna vård och behandlingen men även i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär exempelvis att patienten och/ eller närstående, utifrån patientens vilja och egen förmåga, deltar i vårdplanering, medicinsk vårdplanering, läkemedelsgenomgångar, brytpunktssamtal, i upprättande av riskbedömningar (enligt senior alert) och åtgärder, upprättande av genomförandeplan, samordnad individuell planering (SIP), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Patienter uppmuntras även att vara delaktig i val av hjälpmedel inom befintligt sortiment. Samtliga beslut som tas vid ovanstående tillfällen görs utifrån patientens önskemål och kommuniceras till berörd personal så att det ska vara väl kända och följas på enheten. I ordinärt boende erbjuds patienter så

¹ Samordnad individuell plan (SIP) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvården och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

långt det är möjligt att själva önska när på dagen hembesök lämpligast görs. På Estrids gård hålls regelbundna anhörigmöten där närstående både kan få information om och från enheten men även möjlighet att påverka genom dialog. Ett personcentrerat arbetssätt ska tillämpas där patientens kunskaper och engagemang ska tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att göra patienten delaktig i sin egen vård.

Verksamheterna välkomnar och tar vara på synpunkter och klagomål som inkommer till dem och verksamhetsansvarig chef på respektive verksamhet ansvarar för utredning och återkoppling till synpunktslämnare. Synpunkter och klagomål används också som underlag för utveckling och kontinuerligt förbättringsarbete på respektive enhet. Under 2022 påbörjades ett arbete, som även fortsatte under 2023, inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering med att mera aktivt arbeta med synpunktshanteringen för att göra medarbetare mer medvetna vad som klassas som en synpunkt samt hur processen kring det ser ut. Vid samtliga verksamheter informeras patienter och närstående, om hinder för detta inte föreligger, om patienten drabbas av en vårdskada. Ytterligare diskussioner i verksamheterna tillsammans med patienter behövs för att tydliggöra hur den enskilde faktiskt kan göras mer delaktig i sin egen vård och behandling.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Handlingsplan för patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdsledningen beslutade under 2022 om att en handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram för Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi. Arbetet genomfördes under 2023. En arbetsgrupp bestående av medicinskt ansvariga, områdeschef utförare samt enhetschefer från samtliga verksamheter gjorde en omfattande nulägesanalys av Vård- och omsorgskontorets patientsäkerhetsarbete. Utgångspunkten var den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 ”Agera för god och säker vård”. För ett strukturerat arbetssätt användes SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunerna och som stöd vid analysen deras tillhörande genomförandestöd till verktyget. MAS, MAR och VC HSL prioriterade därefter identifierade förbättringsområden samt arbetade fram åtgärder/insatser för att möta de identifierade utmaningarna, vilket också omfattade att uppskatta resursåtgång och förväntad effekt som sedan genererade ett prioritetsvärde. De högst prioriterade områdena i handlingsplanen handlar om avvikelshantering och teamsamverkan, men även att identifiera risker för att kunna arbeta förebyggande samt stöd i analysarbete som möjliggör lärande inom verksamheterna.

Egenkontroll

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

De egenkontroller som varit aktuella under året beskrivs i ”Tabell: Översikt egenkontroll”. Där framgår frekvens och omfattning av egenkontrollerna samt hur informationen avseende dem inhämtas. Till varje egenkontroll kopplas resultat och analys samt eventuella åtgärder vilka beskrivs i bilaga 1 samt under respektive fokusområde:

- öka kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system och processer
- säker vård här och nu

- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell: Översikt egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Kontinuerligt under året.	Via verksamhetssystemets avvikelsemodul.
Läkemedelskontroll	Kontroll av narkotika minst 1 gång/månad Temperaturkontroller Extern kvalitetsgranskning en gång per år Kontroll av kasserade läkemedel i akutförrådet, sker löpande under året men ska skickas till MAS två gånger per år	Kontroll i digitalt signeringssystem. Åtgärdsplan från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering Registreringar på särskild blankett som återfinns i riktlinjen Läkemedelshantering i samverkan och lista 1,2,3
Riskbedömningar gällande trycksår, fall och undernäring	Löpande under året	Kvalitetsregister, Senior Alert PU sensor för att identifiera risk för att utveckla trycksår
Punktprevalensmätning (PPM) trycksår	En gång per år	Protokoll sammanställt av Senior Alert
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Palliativregistret
BHK-mätningar	Minst en gång i månaden	Sveriges kommuners och regioners (SKR) PPM-databas för BHK-mätningar
PPM BHK-mätningar	En gång per år	SKR:s PPM-databas för BHK-mätningar samt SKR:s sammanställda rapport
Vårdhygienisk egenkontroll	Årligen	Protokoll
Infektionsregistreringar	Särskilt boende för äldre rapporterar månadsvis till MAS. MAS skickar sammanställning kvartalsvis till Vårdhygien.	Kontinuerliga månadsvisa sammanställningar samt årssammanställning från Vårdhygien
Loggkontroller	Fyra gånger per år enligt rutin	Samtliga digitala system som behandlar patientuppgifter
Internrevision i HSA	Två gånger per år	Protokoll
Journalgranskning	Årlig strukturerad journalgranskning	Hälso- och sjukvårdsjournalen
Tekniska hjälpmedel	Elrullstolar, stå- träningshjälpmedel och personlyftar följs upp en gång per år, lyftselar var 6 månad. Lyftar besiktas årligen.	Hälso- och sjukvårdsjournal, hjälpmedelssystem och besiktningssprotokoll

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Ett kontinuerligt arbete med avvikelser, det vill säga negativa eller oförväntade händelser, ska utföras som ett steg i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samtliga medarbetare inom vård- och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Inom Vård- och omsorgskontorets verksamheter rapporteras dessa i verksamhetssystemets avvikelsemodul och beroende på allvarlighetsgraden i avvikelserna hanteras den av olika ansvariga. Om avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär hanteras de av verksamhetsansvarig chef vid respektive verksamhet och om de är av allvarligare karaktär kopplas MAS eller MAR in beroende på avvikelsernas område. Majoriteten av avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär vilket innebär att verksamhetsansvarig chef ansvarar för att dessa utreds, följs upp och återkopplas inom respektive verksamhet. Allvarliga avvikelser rapporteras till MAS eller MAR som bedömer om en vårdskada inträffat eller om det funnits risk för vårdskada som kräver en fördjupad utredning enligt lex Maria. Hur avvikelserprocessen ska gå till finns beskrivet i ledningssystemet och i gällande rutin för avvikelser.

Det finns en tydlig riktlinje för avvikelser i samverkan med regionen, vilket gör att det till exempel inom läkaråtagandet för särskilt boende och korttidsplatser uppmärksammas risker och formaliseras avvikelser som diskuteras, utreds, åtgärdas och återkopplas. Det finns fortsatt behov av att ytterligare skapa rutiner för samarbetet mellan regional- och kommunal primärvård vid hantering av avvikelser i samverkan, att identifiera risker för vårdskador samt utföra gemensamma analyser.

De identifierade riskområdena under det senaste året har varit kopplade till bristande dokumentation, läkemedelshantering (särskilt vid dubbel dos eller förväxling av läkemedel och/ eller person), bristande kommunikation eller överrapporteringar inom och mellan professioner, uteblivna eller bristande bedömningar vid förändrat hälsotillstånd, användande av hjälpmedel samt vid vårdens övergångar, såsom vid utskrivning från sjukhus.

Avvikelsehanteringen har inte fungerat optimalt under 2023, vilket avspeglar sig i indikatorer på underrapportering av avvikelser, brister i utredning och bedömning av allvarlighetsgrad samt uppföljning av avvikelser generellt. 53 % av rapporterade avvikelser har minst en utredning och uppföljningar utförts endast i drygt en tredjedel av fallen. Av de avvikelser där en allvarlighetsbedömning är utförd har 21 stycken bedömts som betydande alternativt katastrofal, varav en ledde till en anmälan enligt lex Maria. Stickprover som utförts av MAS/MAR visar dock att ansvariga för utredningarna har haft svårigheter att bedöma allvarlighetsgraden korrekt. Det tillsammans med att det saknas allvarlighetsbedömningar i stor utsträckning gör att det går att misstänka att det skulle kunna finnas en underrapportering av allvarliga avvikelser, där vårdskador eller risk för vårdskador inte kommit medicinskt ansvariga till kännedom. Bedömningen är att detta i huvudsakligen beror på brister i kunskap och stöd kring hur avvikelser ska utredas och bedömas samt bristande följsamhet till befintlig rutin.

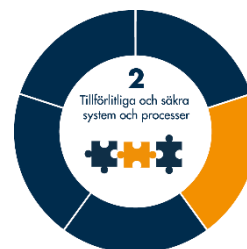
Vidare är ledtiderna från avvikelsernas rapportering till påbörjad utredning, bedömning och därefter uppföljning samt arkivering generellt långa. Långa ledtider är särskilt försvårande när det inträffar mellan rapporteringen och till påbörjad utredning, eftersom det inte är säkert att inblandade kommer ihåg hela

händelseförloppet kring en händelse som inträffat längre bakåt i tiden. Det kan också vara en potentiell patientsäkerhetsrisk eftersom det kan bli en fördröjning innan åtgärder vidtas eller helt uteblir.

Bedömningen är att det inte med säkerhet går att säga att alla vårdskador eller risker för vårdskador upptäcks, och vid de tillfällen då det görs är det inte alltid inom rimlig tid. Tidigare har det också identifierats brister i avvikelseprocessen, särskilt vad gäller bristande kompatibilitet mellan rutinen och systemet. Med anledning av detta påbörjades under hösten 2023 ett omfattande arbete för att genomgående se över avvikelseprocessen, vilket också omfattade tillhörande rutiner och uppbyggnaden i systemet. Målet är att möjliggöra följsamhet till rutinen och om möjligt förenkla processen och handhavandet i systemet för att underlätta för slutanvändaren att göra rätt. Men det handlar även om att se över arbetssätt för att få en säker och effektiv avvikelshantering, genom att hela teamet involveras i avvikelsearbetet. För att ytterligare stärka förståelsen och engagemanget planeras därför omfattande utbildningsinsatser inom avvikelshandlingen under våren 2024. Dessa omfattar både avvikelser inom HSL och SOL/LSS och riktar sig till samtliga medarbetare, men inkluderar även ett särskilt tillfälle för verksamhetsansvariga chefer där fokus kommer att vara på utredning, bedömning av allvarlighetsgrad, uppföljning och analys. Målet är att främja en gemensam syn och förståelse för hela avvikelseprocessen och på så sätt stärka patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheterna.

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.



Tillförlitliga och säkra system och processer handlar framför allt om att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett vart vården sker och även i samverkan med andra vårdgivare. Det omfattar även att det finns arbetssätt och stöd för att förebygga risker för vårdskador och att öka säkerheten i vården genom att minska oönskade variationer.

Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling

Nedan följer processer inom hälso- och sjukvården, både i samverkan och interna, som är framtagna utifrån bästa tillgängliga kunskap för en god och säker vård och där särskilt arbete utförts under året.

Interna arbetsprocesser och system

Under 2023 har MAS och MAR fortsatt arbetet med att säkerställa relevanta och övergripande processer med tillhörande riktlinjer, rutiner och stöddokument. Inom kvalitets- och utvecklingsavdelningen har ett omtag tagits gällande utformning och processkartläggning i ledningssystemet med målsättningen att förenkla och göra det mera användarvänligt för slutanvändarna. Detta är dock ett långsiktigt arbete som kommer sträcka sig över flera år.

Rutinen för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, läkemedelshantering och skyddsåtgärder har genomgått omfattande revideringar och implementerats i verksamheterna. Trots detta indikerar statistik från det digitala signeringssystemet, analys av rapporterade avvikelser och journalgranskningar på bristande efterlevnad, vilket potentiellt kan utgöra patientsäkerhetsrisker.

Under våren initierades en översyn av dokumentationen för att förenkla användningen för slutanvändarna. En dokumentationsgrupp för HSL-dokumentationen, ledd av MAS, skapades för att få en samsyn och förtydligande över vad som ska dokumenterats och var. Exempelvis har en översyn av samtliga KVÅ-koder utifrån Socialstyrelsens urval av KVÅ för kommunal hälso- och sjukvård har utförts och synkroniserats med befintligt verksamhetssystem. Hälsoplaner har reviderats och förtydligats, och specifik rehabplan och vårdplan för vård i livets slut har utvecklats. För att säkerställa följsamhet till journalrutin och föreskrifts krav har en journalgranskningsmall upprättats och utifrån den har strukturerade journalgranskningar utförts, resultatet redovisas i bilaga 1.

Under hösten 2023 implementerades PU sensor, en produkt avsedd för objektiv och systematisk identifiering av personer med ökad risk att utveckla trycksår. Målet är att tidigt identifiera risken för trycksår och därmed också kunna sätta in adekvata åtgärder för att minska uppkomsten av trycksår. PU sensorn ska ses som ett komplement till den subjektiva riskbedömningen enligt Norton. Effekten av implementeringen är dock för tidig att mäta, uppföljningar planeras under 2024.

Generellt finns det ett fortsatt behov av att ytterligare stärka följsamheten till de olika arbetsprocesserna, särskilt avseende avvikelser, delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter, läkemedelshantering, dokumentation samt individuella riskbedömningar och förebyggande arbete samt att öka följsamheten till rehabiliteringsordinationer.

Äldrevårdsenheten

I april 2022 beslutade Regionstyrelsen att ge Äldrevårdsenheten ett länsövergripande uppdrag, och uppstarten i Knivsta kommun påbörjades under våren 2023. Äldrevårdsenheten definieras som en vårdcentral där patienter listas utifrån ett remissförfarande. Inriktningen är till personer som är 65 år eller äldre, som bor i ordinärt boende, har komplexa medicinska behov och har sjuksköterskeinsatser från den kommunala primärvården.

Syftet är att utveckla ett samarbete mellan Äldrevårdsenheten och den kommunala primärvården så att patienten så långt det är möjligt får vård och behandling i den egna bostaden utifrån sina behov och så länge vården inte kräver slutenvårdens kompetens och resurser. Målet är att undvika onödiga förflyttningar av patienter mellan olika vårdformer och därför läggs också mycket tid på planering, genomförande och uppföljning av vårdinsatser.

Det har tagit tid att motivera sjuksköterskorna inom hemsjukvården eftersom det är ett förändrat arbetssätt med en initial ökad arbetsbörda. I längden gynnar detta dock både sjuksköterskorna och framför allt patienten. Vinsterna är framför allt det nära samarbetet mellan verksamheterna och att det blir bra planeringar för varje enskild patient, något som många gånger saknas när patienterna i stället är listade på ordinarie vårdcentraler. Än så länge är samarbetet dock under uppbyggnad och endast ett fåtal patienter har blivit inskrivna. Det finns dock ett pågående arbete med att identifiera och successivt ansluta flera patienter under kommande år.

Modell för palliativ vård

Under 2022 påbörjades ett samarbete över hela länet för att utveckla en mer jämlik, personcentrerad och samordnad palliativ vård i hemmet, både inom allmän och specialiserad vård. Arbetet genomfördes inom ramen för Effektiv och Nära vård 2030 som ett delprojekt inom projektet Vård i hemmet, med deltagare från regional och kommunal primärvård samt specialiserad vård i Uppsala län.

Delprojektet resulterade i en gemensam samverkansmodell för palliativ vård i hemmet, som antogs av TL-HSVO i april 2023. Utifrån detta gjorde delprojektgruppen en omfattande revidering av ViS-dokumentet ”Palliativ vård i samverkan”. I september 2023 började den nya modellen att gälla. En lokal rutin har

därefter upprättats för att ytterligare förtydliga ansvar och samarbetet gällande hjälpmedelsförskrivning mellan det palliativa teamet och kommunens rehabteam. För Knivstas del är det dock för tidigt för att dra några slutsatser av implementerad modell eftersom endast enstaka personer haft behovet och omfattats av den.

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.



För att kunna uppnå en god patientsäkerhet behöver patientsäkerhetsarbetet vara en självklar del inom samtliga verksamheter och på samtliga nivåer. Det innebär bland annat att riskförebyggande arbete är en självklar och integrerad del i allt som utförs inom verksamheterna. Det finns en god kontroll på kända risker som kan komma att uppstå och det bedrivs ett aktivt och kontinuerligt arbete med dessa.

Verksamheterna har haft en god försörjning av det material som krävts för vården av patienterna. Även tillgången till skyddsutrustning har varit bra under året. Hjälpmedel finns i tillräcklig utsträckning men med en viss fördröjning av leveranser eller service av hjälpmedel beroende på HUL:s² kapacitet.

Riskhantering

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.

I samband med verksamhetsförändringar eller andra händelser av större betydelse ska en riskanalys utföras av ansvariga chefer, många gånger både områdeschef och verksamhetsansvarig chef. Generellt sätt finns få dokumenterade riskanalyser och ett fortsatt arbete med att systematiskt arbeta med riskanalyser krävs vid samtliga verksamheter.

Under 2023 har dock en riskanalys utförts inför återflytten av Estrids gårds verksamhet efter ombyggnaden av boendet samt inför ny schemaläggning för hemtjänsten i egen regi. Vid den sistnämnda blev hälso- och sjukvården involverad i den bemärkelsen att hänsyn tagits till ordinerade insatser från hälso- och sjukvården så att dessa kan utföras.

Vid hälso- och sjukvårdsärenden utförs en riskanalys innan omfattande eller komplexa hemsjukvårdsinsatser ska utföras i patientens bostad och om det medicinska ansvaret är delat med annan vårdgivare. När det finns behov av utbildning av personal för att utföra komplexa och/ eller komplicerade insatser ska det behovet tillgodoses innan övertagandet. Regionen ansvarar då för eventuella utbildningsinsatser.

De kända generella riskerna för vårdskador i samband med vård och omsorgsarbete har hanterats genom att försöka bygga fungerande processer och rutiner med syfte att den enskilde patienten inte ska riskera att drabbas av vårdskada. Under kommande år behöver dock arbetet med riskbedömningar i anslutning till processerna i ledningssystemet utvecklas.

² Hjälpmedel Uppsala Län (HUL)

Säker bemanning

På Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi anställs endast undersköterskor på tillsvidare tjänster. En sjuksköterska tjänstgör på varje våningsplan på Estrids gård vilket gör att varje sjuksköterska har patientansvar för 20 individer. En biträdande chef som är sjuksköterska tjänstgör dagtid. Inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering har sjuksköterskor ett större antal individer de har patientansvar för, vilket är relaterat till en generell lägre vårdtyngd i ordinärt boende samt inom LSS. För att avlasta sjuksköterskorna inom ordinärt boende samt LSS finns en undersköterska med ett samordningsansvar som framför allt utför viss administration.

Bemanning av legitimerad personal säkerställs genom användning av timvikarier vid kortare och oplanerad frånvaro och bemanningsföretag vid längre frånvaro av ordinarie personal. Inom hemtjänst används planeringsverktyg för att säkerställa personal med adekvat kompetens och delegering för insatserna hos respektive patient. För schemaplanering av hemtjänsten används digital planering där bemanningskrav framgår. Behovet av personal varierar utifrån insatser som ska utföras. Vikariebokningen sker också i samma system.

Omsättningen av framför allt sjuksköterskor påverkar patientsäkerhetsarbetet negativt. Drabbade enheter har därför arbetat med att hitta så långsiktiga lösningar som möjligt för att få en kontinuitet i arbetsgrupperna och möjliggöra en fortsatt god kvalitet av vården.

Stärka analys, lärande och utveckling

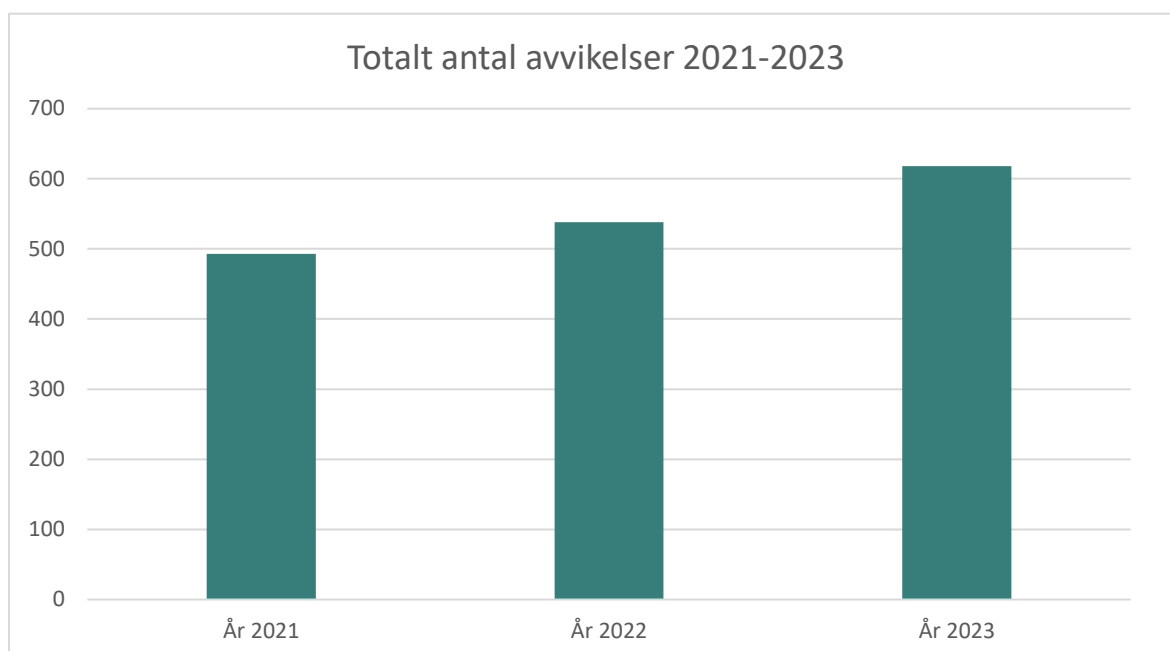
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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



Inspektion för vård och omsorgs (IVO) tillsyn

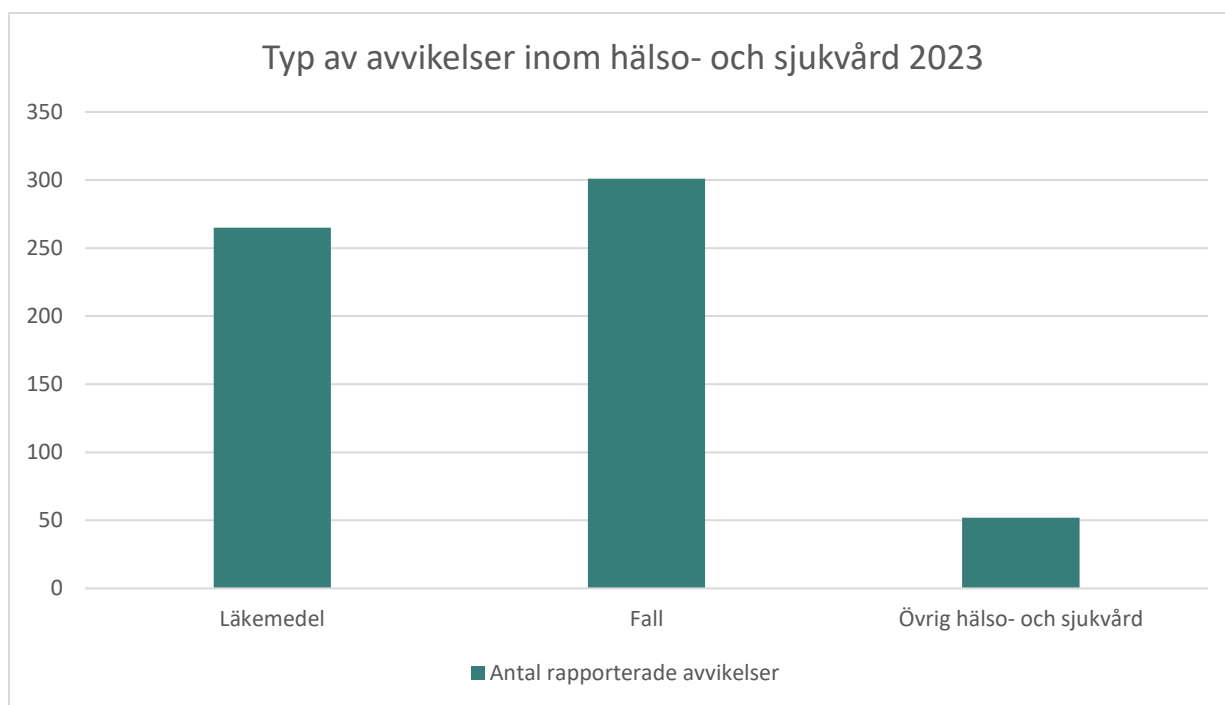
Under Covid-19 pandemin påbörjade IVO en tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre i kommunal regi. Under hösten 2022 påbörjade de en fördjupad nationell tillsyn med inspektioner i respektive kommun. Samtliga 293 kommuner som omfattades av tillsynen erhöll krav på återredovisning, vilket för Knivstas del inkom i början på 2023. En åtgärdsplan med aktiviteter upprättades och återredovisades till IVO, som sedan bedömde att relevanta åtgärder vidtagits eller planerades att vidtas varpå de avslutade ärendet.

Avvikelser



Tabellen beskriver samtliga inrapporterade avvikelser enligt HSL, oavsett kategori.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns en god rapporteringskultur av avvikelser. Avvikelse rapporteringen följer samma trend som under 2022 och fortsätter att öka under 2023. Jämfört med 2022 har antalet avvikelser rapporter ökat med drygt 13 %. Inhämtade rapporter från bland annat kvalitetsregister, nationella databaser och Vård- och omsorgskontorets digitala signeringssystem indikerar dock på att det förekommer betydligt flera avvikelser än vad som rapporteras in som en avvikelse, vilket talar för en potentiell underreportering. Orsakerna som nämns av verksamheterna är framför allt att det saknas tid och möjlighet att skriva avvikelser i önskad omfattning, att avvikelseprocessen och ansvarsförhållandena behöver tydliggöras och förenklas för att öka rapporteringarna men även underlätta utredning och uppföljning samt fortlöpande utbildning för att synliggöra vad som är en avvikelse och inte.



Tabellen beskriver antal rapporterade avvikelser och upprättade utredningar inom de olika typerna av hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2023.

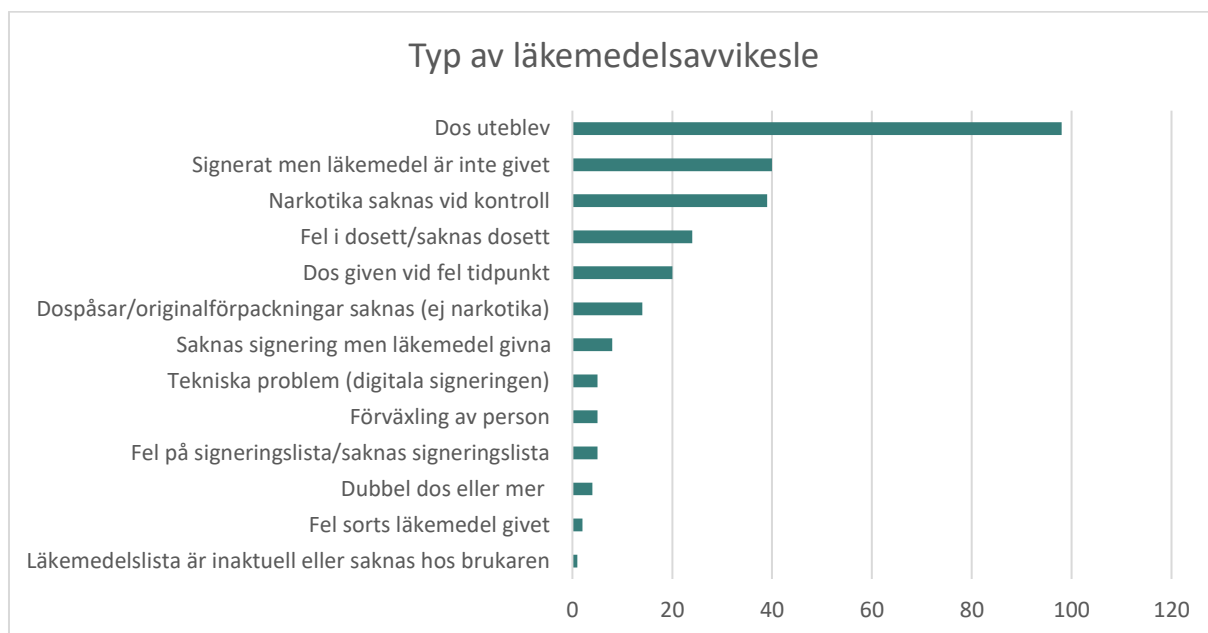
Läkemedel och fallincidenter stod för cirka 91,6 % av alla HSL-avvikelser under 2023. Det går också att se en ökad rapportering av HSL-avvikelser inom kategorin övrig hälso- och sjukvård med drygt 35 % jämfört med 2022. Men trots ökningen visar flera områden inom denna kategori tecken på potentiella brister, så sannolikt finns det fortsatt en underrapportering inom området.

53 % av rapporterade avvikelser har minst en upprättad utredning. Vid enstaka fall där avvikelser har mer än en upprättad utredning har endast en räknats med. Att det finns flera utredningar vid vissa avvikelser beror i de allra flesta fall på att avvikelsen behöver hanteras av flera verksamheter, varpå respektive verksamhetsansvarig gör varsin utredning i samma avvikelse.

Allvarlighetsgrad

Av 621 avvikelser, inklusive inkommande avvikelser i vårdkedjan, har en bedömning av allvarlighetsgrad gjorts enligt skalan mindre-måttlig-betydlig-katastrofal i 353 fall. Att det inte finns en bedömd allvarlighetsgrad vid samtliga inrapporterade avvikelser behöver dock inte betyda att de inte kommer att bli bedömda, utan snarare på grund av att det varit långa ledtider med fördröjningar av utredningsprocessen på verksamheterna. Att bedöma allvarlighetsgraden i avvikelserna är obligatoriskt och avvikelsen kan därför inte avslutas i systemet om detta inte är utfört.

Läkemedelsavvikelser



Tabellen beskriver de olika läkemedelsavvikelserna som rapporterats in under 2023.

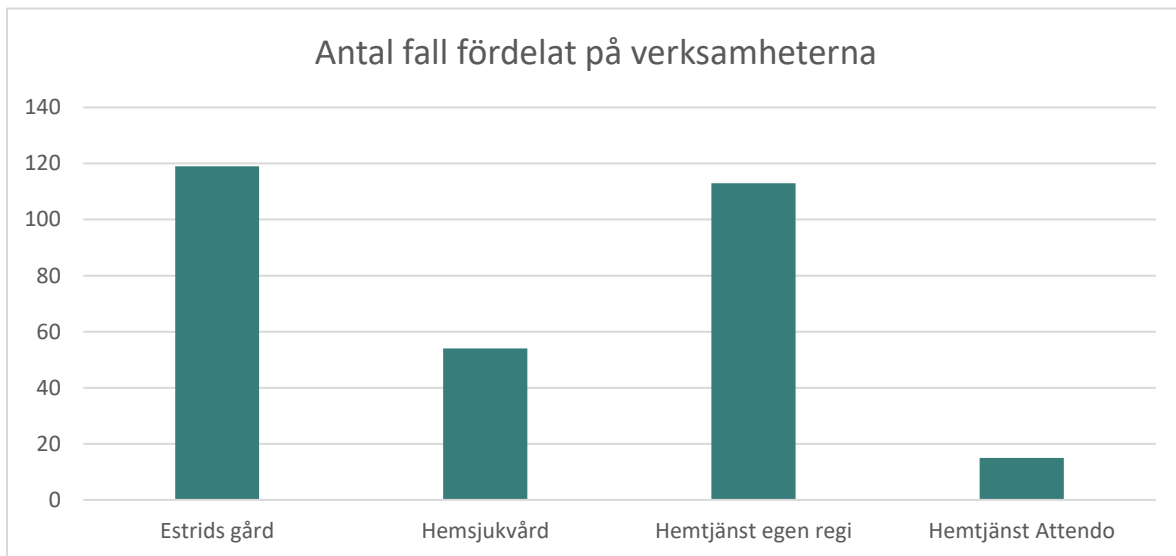
Inom området för läkemedelsavvikelser så är utebliven dos den vanligaste inrapporterade avvikelsen. Utebliven dos utgör drygt 40 % av alla avvikelser inom området för läkemedel och 15,85 % av samtliga avvikelser enligt HSL. Det går att jämföra med 2022 års resultat där utebliven dos utgjorde 52,7 % av alla avvikelser inom området för läkemedel och 16,95 % av alla avvikelser enligt HSL. Statistik från det digitala signeringssystemet tyder däremot på att enheterna har en låg andel uteblivna doser även om det utgör en större del av rapporterade avvikelser. Andelen signerade/ utförda läkemedelsinsatser under 2023 uppgår till 95 % där 81 % gavs inom rätt tidsangivelse. Av de återstående 5 % som förblir osignerade, är det möjligt att urskilja att drygt 1 % utgörs av definitivt uteblivna doser, vilket är en något lägre siffra än vid halvårsrapporten 2023 och helåret 2022. I den procenten inkluderas inte insatser som har avböjts av patienten eller insatser som av olika anledningar inte kunnat utföras.

Dessa siffror indikerar ändå på att det kan finnas en potentiell underrapportering av avvikelser inom denna kategori. Under 2023 observerades totalt 2774 ej administrerade doser, varav 98 av dessa har rapporterats som uteblivna doser. Det innebär att drygt 3,5 % av samtliga potentiellt uteblivna doser har rapporterats som faktiska avvikelser. Hemtjänsten i egen regi står för majoriteten av de uteblivna doserna, närmare bestämt 63 %. Det ska däremot nämnas att ej administrerade doser i det digitala systemet inte nödvändigtvis betyder att patienten inte erhållit sina läkemedel, utan det skulle kunna finnas andra omständigheter som inte går att utläsa med tydlighet genom tillgänglig statistik. Exempelvis skulle detta delvis kunna bero på missade signeringar men att administreringen ändå är utförd, eller att insatserna inte pausats i systemet när en patient är frånvarande, exempelvis vårdas inom slutenvården.

När det kommer till att narkotika saknas vid kontroll så är det framför allt avvikelser från början av 2023 det fanns en problematik med narkotikasvinn. Under våren avtog dessa avvikelser, vilket då tolkades som ett positivt tecken på att de åtgärder som vidtagits för att minska narkotikarelaterade avvikelser hade varit framgångsrika. Under andra halvåret av 2023 har denna typ av avvikelser halverats och där det fortsatt är förekommande visar utredningarna i de allra flesta fall att det inte handlar om ett faktiskt narkotikasvinn, utan har i stället kunnat härledas till användarfel i det digitala signeringssystemet.

De verksamheter som under våren 2023 var berörda av stölder av narkotika vidtog flera åtgärder för att förbättra narkotikakontrollen. vilket bland annat inkluderade en noggrannare och mer frekvent uppföljning. Handlingsplaner upprättades tidigt, med regelbundna uppföljningar. Bland annat handlade det om att intensifiera narkotikakontrollerna och öka spårbarheten. Att öka antalet narkotikakontroller var ett effektivt sätt att upptäcka avvikelser i ett tidigt skede. Spårbarheten förbättrades genom att säkerställa att narkotikan förvaras i separat skåp som kräver individuell inloggning för åtkomst, vilket säkerställer en noggrannare hantering och övervakning. Det krävs dock ett fortsatt arbete för att få full följsamhet till rutin och arbetssätt.

Fallavvikelser



Tabellen beskriver antalet inrapporterade fall fördelade på respektive verksamhet under 2023.

Fallavvikelser utgör 48,7 % av alla inrapporterade avvikelser enligt HSL. Det totala antalet rapporterade fall skiljer sig marginellt från föregående år. Av dessa utgör Estrids gård (39,5%) och Hemtjänsten i egen regi (37,5%) de största andelarna. På Estrids gård utgör omvårdnadsplatserna drygt 43 % av samtliga fall medan korttidsenheten och demensavdelningen står för 31 % respektive 26 %. De flesta fallen sker i den egna bostaden där det vanligaste utrymmet är i sovrummet (39 %), boendes rum (20 %) och på toaletten (14 %). De allra flesta fall resulterar inte i några synliga skador men sju fallincidenter resulterade i frakturer, varav fem av dessa höftfrakturer, och tre mjukdelsskador.

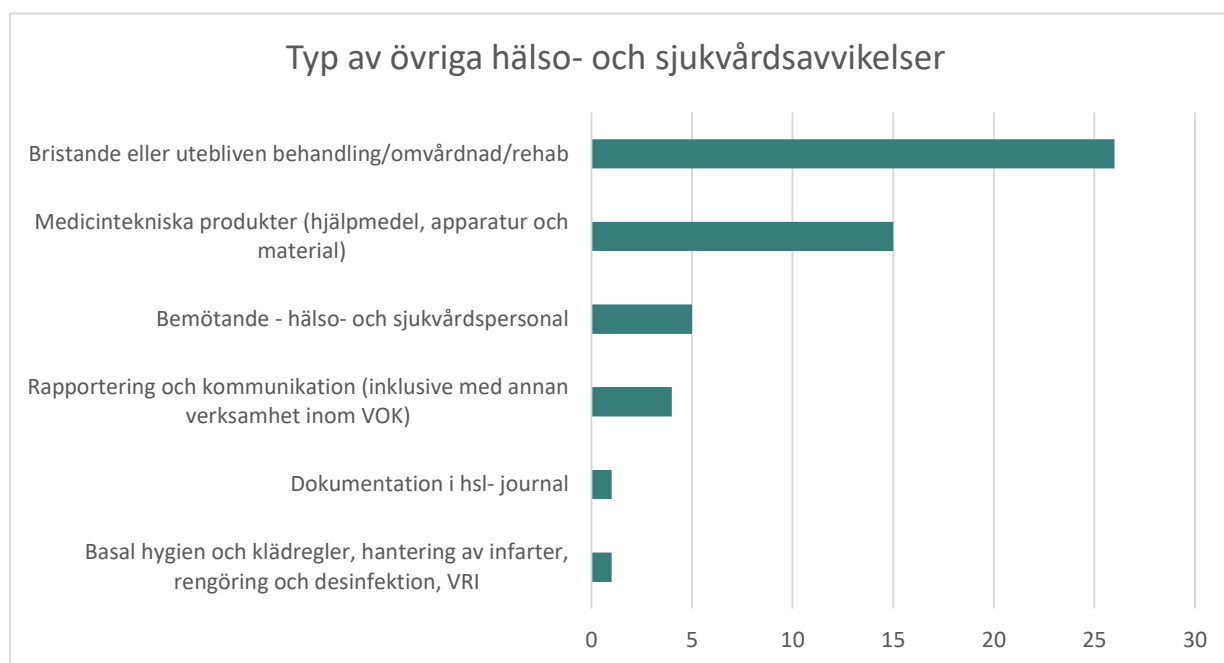
I 40 % av alla fallavvikelser finns en utredning där bakomliggande orsaker till fallincidenten har kartlagts, där framför allt nedsatt kognitiv förmåga, nedsatt balans och akut förändrat hälsotillstånd är de vanligaste orsakerna. Andra orsaker som nämns är att patienten inte använt sitt ordinerade hjälpmedel, inte larmat för stöd eller hjälp vid förflyttning eller att biverkningar av läkemedelsbehandling ökat fallbenägenheten.

För att minska antalet fall kommer det fallpreventiva arbetet vara avgörande. Det finns dock en indikation som tyder på att det inte utförs i önskad omfattning, vilket är att endast en mycket låg andel av de utredda fallen har det funnits en hälsoplan med upprättade fallförebyggande åtgärder. Det ska också nämnas att även om det funnits fallförebyggande åtgärder så kan följsamheten till dessa vara särskilt utmanande för personer med en demenssjukdom med en nedsatt kognitiv förmåga eftersom det då kan vara svårt att komma ihåg åtgärderna och förmågan att inse sina begränsningar. Under föregående år efterfrågades även ett stödmaterial för hur arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster skulle kunna arbeta mera förebyggande. MAR delgav dem material och erbjöd att medverka i det arbetet men verksamhetsansvarig chef önskade att de inledningsvis själva skulle äga arbetet. Vid uppföljning framkommer att arbetet

avstannat på grund av att andra förbättringsarbeten behövt prioriteras under året. Däremot erbjuds fortsatt träning på distans till lämpliga patienter med stöd av träningsprogrammet Exorlive.

Samtliga enheter behöver fortsätta det preventiva arbetet för att minska risken för fall, exempelvis genom att tidigt identifiera personer med ökad risk och redan då sätta in lämpliga åtgärder. Och när en fallincident inträffat behöver utredningar för att kartlägga de direkta och bakomliggande orsakerna utföras i mycket större omfattning för att på ett bättre sätt kunna sätta in relevanta fallförebyggande åtgärder.

Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser



Tabellen visar vilka typer av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser som har rapporterats in under 2023.

Inom kategorin övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser är bristande eller utebliven behandling/ omvårdnad/ rehab den avvikelsestyp som är vanligast. Andelen signerade/ utförda ordinationer inom sjukgymnastik/ fysioterapi under 2023 uppgår till 78 % där 53 % utfördes inom rätt tidsangivelse. Av de återstående 22 % som förblir osignerade, är det möjligt att urskilja att drygt 8,6 % utgörs av definitiva uteblivna insatser. Insatser som avböjts av patienten eller insatser som av olika anledningar inte kunnat utföras är exkluderade i de 8,6 %. Det här innebär också att andelen ej utförda insatser har ökat med 1 % mellan 2022 och 2023.

Dessa siffror indikerar att det sannolikt finns en underrapportering av avvikelser inom denna kategori. Exempelvis har endast 26 avvikelserapporter avseende bristande eller utebliven behandling/omvårdnad/rehab rapporterats under 2023. Samtidigt har 416 ordinerade insatser inom enbart sjukgymnastik/ fysioterapi identifierats som uteblivna insatser. Det är alltså en väldigt låg andel av samtliga potentiellt uteblivna insatser som rapporteras som faktiska avvikelser.

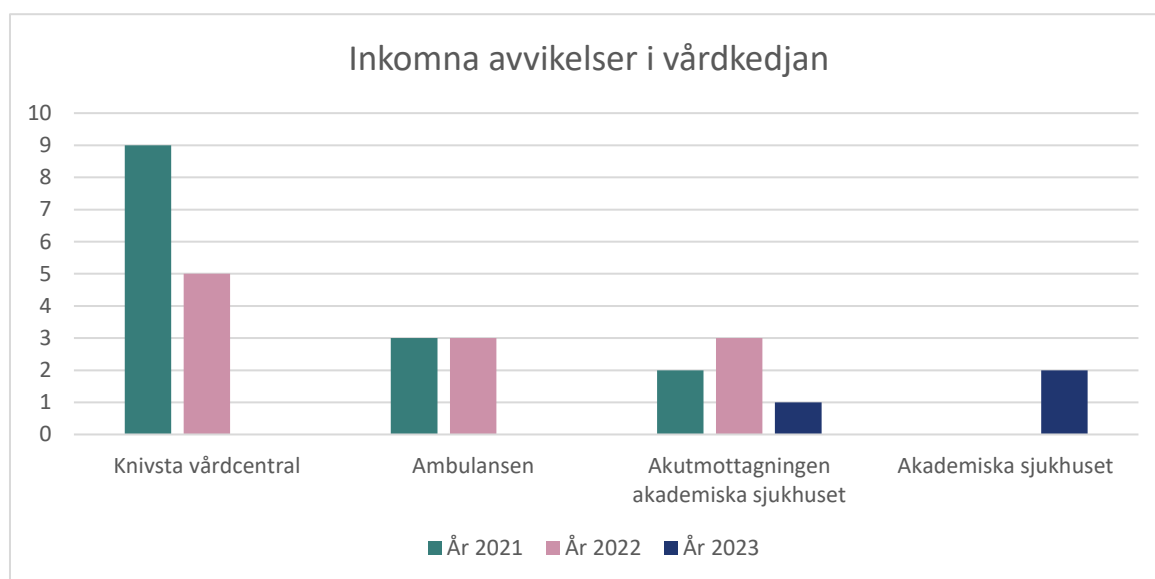
Det finns även anledning att tro att det är flera andra områden inom övrig HSL-avvikelser där det finns en underrapportering. Exempelvis har det vid flera avvikelseutredningar och dokumentationsgranskningar framkommit brister i dokumentationen, med bland annat avsaknad av anamnes, status och hälsoplaner. Basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner är också områden där det finns en underrapportering av avvikelser, där det utifrån andra mätningar/ registreringar går att se att följsamheten inte varit fullständig och där patienter exempelvis erhållit en vårdrelaterad infektion, vilket kan handla om

spridning av smittsam sjukdom eller exempelvis urinvägsinfektion på grund av brister i omvårdnaden. Det finns ett behov av förbättringar och ett synliggörande avseende vad som ska rapporteras som avvikelser.

Lex Maria

Av de avvikelser där en allvarlighetsbedömning är utförd har 21 stycken bedömts vara av allvarligare karaktär. Efter utredning och analys har en av dessa resulterat i en anmälan till IVO enligt lex Maria. Anmälan gjordes utifrån att det fanns en risk för vårdskada i samband med att två patienter förväxlades och erhöll varandras läkemedel. Flera åtgärder har vidtagits och IVO har bedömt att utredning och åtgärderna varit tillräckliga och ärendet avslutades. I samband med anmälan förankrades händelsen i berörda organisationer för ett gemensamt lärande.

Avvikelser i vårdkedjan



Tabellen beskriver antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan samt från vilka verksamheter år 2021-2023.

Antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan har fortsatt att minska under 2023. Avvikelserna från akutmottagningen fortsätter att minska jämfört med tidigare år. Ingen avvikelse har inkommit från den regionala primärvården eller ambulanssjukvården, däremot har två avvikelser i stället inkommit från två separata vårdavdelningar på akademiska sjukhuset. Avvikelserna har handlat om en upplevd fördröjning av utskrivningsprocessen, bristande följsamhet till ordination, dokumentation och överrapportering till annan vårdgivare och bristande följsamhet till rutin vid inskickning till akutmottagningen vad gäller medskickande av akutremiss. Samtliga avvikelser har utretts och åtgärder har vidtagits för att reducera risken för återupprepningar. Avvikelserna har också besvarats och återkopplats till de rapporterade verksamheterna i enlighet med rutin.

Det finns flera faktorer som sannolikt kan ha bidragit till dessa förbättringar. En faktor kan vara byte av jourorganisation. Dessutom har en utökad dialog och närmare samverkan med vårdcentralen och andra vårdaktörer sannolikt spelat en roll i att förhindra avvikelser. Ett länsgemensamt dialogmöte och workshop, där representanter från olika kommuner och ambulanssjukvården deltagit har sannolikt bidragit till ökad förståelse för varandras organisationer och arbetsprocesser. Denna ökade förståelse kan ha minskat risken för missförstånd och brister i vårdkedjan och därmed minskat antal avvikelser.

Vård- och omsorgskontoret har också identifierat och skickat 18 avvikelser i vårdkedjan till andra vårdgivare som framför allt handlat om brister i information/ kommunikation i samband med utskrivningsprocessen och bristfälligt ifyllda blanketter avseende fördelning av medicinskt ansvar.

Klagomål och synpunkter

Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas direkt till berörd verksamhet eller via kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter utreds på enhetsnivå och kommuniceras sedan på ledningsmöten och APT. Om ärendet berör patientsäkerhetsområdet så tar verksamhetsansvarig chef kontakt med MAS och/ eller MAR alternativt berörd områdeschef för rådgörande. Där avgörs också vem eller vilka som ansvarar för utredning av händelsen samt återkopplar till anmälaren.

Få klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården har inkommit under året. Endast ett klagomål har rapporterats från enheten för hemsjukvård och rehabilitering och tre från Attendos hemtjänst. Klagomålen har handlat om bristande följsamhet till basal hygien hos medarbetare samt att patienter inte erhållit sina ordinerade läkemedel. Klagomålen har utretts och lämpliga åtgärder har vidtagits, därefter har detta återkopplats till personerna som inkommit med klagomålen. Inga synpunkter har rapporterats.

Patientnämnden har, för Knivsta kommuns räkning, erhållit en synpunkt från en närstående till en patient i livets slutskede angående brister i omvårdnad och läkemedelsbehandling. Närstående upplevde inte att informationen som hen fick från verksamheten stämde överens med verkligheten eller vad som dokumenterats i patientens journal. Patientnämnden informerar om deras uppdrag och ärendehantering, skickar med synpunktsblankett samt information om IVO. Återkoppling från patientnämnden gjordes till berörd verksamhet men ärendet avslutas då närstående inte återkommer i ärendet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till samt kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhets sammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Bedömningen är att vi kan arbeta mer patientsäkert i framtiden genom kompetensutveckling. Den största enskilda åtgärden är att fortsätta utveckla och arbeta med kompetenslabb inom Vård- och omsorgskontoret. Kompetenslabb ska utifrån analys av faktiska händelser och registrerade avvikelser samt synpunkter och klagomål, innehålla scenarior ur vardagen som omsorgspersonal samt legitimerad personal kan öva på. Dessa scenarior ska inte enbart fokusera på det tekniska handhavandet utan även kommunikation, samarbete och följsamhet till rutiner samt etik och bemötande. Kompetenslabb har dock varit vilande sedan våren 2022, men målsättningen är att arbetet ska startas upp i mindre skala under 2024 och därefter fortsätta att utvecklas och börja användas i större skala kommande år.

Genom att Vård- och omsorgskontoret nu har en handlingsplan för patientsäkerhet möjliggör det ett mer strukturerat arbete genom att underlätta prioriteringen av förbättringsområden. Det har även pågått ett aktivt arbete med kontinuitetsplaner i flera verksamheter för att öka beredskapen vid eventuella oväntade förhållanden.

Arbetet med att identifiera behov av tydligare riktlinjer och rutiner samt erbjudande om utbildningstillfällen kommer fortsätta under kommande år. Detta inkluderar bland annat att förbättra avvikelshantering. Genom gemensamma utvecklingsarbeten och projekt med länets kommuner och

regionen, kommer vi att fortsätta utveckla olika områden, såsom utskrivningsprocessen och fortsatt arbete mot en mer effektiv och nära vård.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL-ledningen) har beslutat om följande mål och strategier för 2024.

Mål 1: 100 % följsamheten till BHK på Vård- och omsorgskontorets samtliga utförarenheter.

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad i avsedd databas. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att återkoppla och lyfta resultaten på APT på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att på en övergripande nivå regelbundet följa resultatet i samtliga verksamheter och rapportera detta till HSL-ledningen. Ansvar: MAS

Mål 2: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, eventuell åtgärdsplan samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Strategier

- Säkerställa legitimerad personals kunskap i arbetet med senior alert. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert minst två gånger per år. Ansvar: Legitimerad personal.
- Att skapa förutsättningar för att åtgärder och uppföljningar ska kunna utföras i ett multiprofessionellt team genom att se över mötesstrukturen. Att det förebyggande arbetet sker i team där omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut är avgörande för att höja kvaliteten på vården och det förebyggande arbetet. Ansvar: Områdeschef för utförare, verksamhetsansvariga chefer och legitimerad personal med stöd av MAS och MAR.
- Skapa handlingsplan för fall och utreda hur hembesök kan utföras efter fall för att se över hemmiljön och vidta lämpliga fallförebyggande åtgärder. Ansvar: MAR och verksamhetsansvarig chef

Mål 3: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete på och mellan enheterna.

Strategi:

- Skapa en fungerande mötesstruktur. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda chefer
- Skapa förutsättningar för resurseffektiva teammöten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda chefer
- Skapa en fungerande rutin för ärendeplanering. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

Mål 4: Öka täckningsgraden i palliativregistret för Vård- och omsorgskontorets utförare till 85 %.

Förbättra resultaten avseende smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument och genomförande av munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka samt erbjuda och genomföra efterlevandesamtal till anhöriga. Målet är att närma oss Socialstyrelsens mål där 100 % ska ha erhållit smärtskattning och 90 % munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka. Målet för utförda efterlevandesamtal är 90 %.

Strategier

- Registrera dödsfallsenkäter vid samtliga dödsfall som inträffar inom vård- och omsorgsboenden, på korttidsboende, LSS-boende och personer som har hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvar: Sjuksköterska
- Lägesrapport och genomgång av resultaten på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden och tidigt kunna sätta in åtgärder. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Månadsvis rapportera resultat om täckningsgrad till MAS. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att utföra smärtskattning, munhälsobedömningar och efterlevandesamtal för att höja kvaliteten på vården i livets slutskede. Ansvar: Sjuksköterska.

Mål 5: Fortsätta att säkerställa och förbättra avvikelshantering och medvetandegöra vilka avvikelser som ska rapporteras.

Strategier

- Översyn av avvikelsemodulen och om förbättringar kan utföras för att underlätta hanteringen av avvikelserna. Ansvar: MAS och SAS håller ihop arbetet.
- Utbildningsinsatser för samtliga medarbetare inom avvikelshantering under våren 2024. Ansvar: MAS och SAS
- Särskild utbildningsinsats riktad till chefer med fokus på utredning, uppföljning, bedömning av allvarlighets- och sannolikhetsgrad samt analys av avvikelser. Ansvar: MAS och SAS
- Öka medvetenheten och rapporteringen inom kategorin övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser. Ansvar: Verksamhetsansvariga chefer med stöd av MAS
- Att signeringar utförs på ett korrekt sätt. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef tillsammans med administratörer i det digitala signeringsverktyget.

Mål 6: Öka följsamheten till journalrutinen med minst 10 % jämfört med 2023.

Strategi:

- Genomföra strukturerade journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal utifrån en redan förutbestämd journalgranskningsmall. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef med stöd av MAS och MAR.
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentations grupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 7: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Strategi:

- Stärka kunskapen gällande ordinerade rehabinsatser genom utbildningsinsatser. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Genom HSL ledning förtydliga och förankra behovet. Ansvar: MAR
- Följa upp följsamheten via digitalt signeringsystem. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

BILAGA 1.

RESULTAT OCH ANALYS

Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på det preventiva, förebyggande arbetet utifrån framförallt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande faktorer, utforma förebyggande åtgärder och regelbunden uppföljning av resultatet.

PPM trycksår innebär att kvalitetsregistret Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer på samtliga enhetstyper och omfattar information från riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår vid ett förutbestämt datum.

Mål: Att 75% av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, eventuell åtgärdsplan samt uppföljningar minst två gånger per år.

Egenkontroll: Kontinuerligt arbete i senior alert och PPM-trycksår.

Resultat: I årets PPM trycksår fanns data från 60 personer, vilket kan jämföras med 2022 då det fanns data från 28 personer. Av dessa hade 16,67% risk för trycksår men då ska också tilläggas att det saknades aktuella riskbedömningar i 55 % av fallen vilket kan ha påverkat resultatet. Inga faktiska trycksår kunde identifieras vid detta mättillfälle.

Se tabell för utfall av vårdprevention. Målet är inte uppnått.

Sverige / Kommun / Region		År		Typ av enhet		Exportera till Excel				
Knivsta kommun		2023		Alla						
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	Visa resultat per riskområde
Knivsta kommun	97	95% 210 av 222	93% 165 av 210	95% 190 av 210	70% 130 av 187	7 5 personer	42 personer	2 2 personer	42 personer	▼
Estrids gård	39	92% 46 av 49	98% 44 av 45	93% 42 av 45	56% 24 av 43	0 0 personer	19 personer	0 0 personer	0 personer	▼
Hemsjukvård	15	82% 14 av 17	43% 9 av 21	50% 7 av 14	0% 0 av 1	0 0 personer	5 personer	0 0 personer	9 personer	▼
Vardaga Vilhelms Gård Ambea	43	97% 151 av 156	96% 145 av 151	99% 150 av 151	74% 109 av 143	7 5 personer	18 personer	2 2 personer	33 personer	▼
Målvärden		75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Tabellen visar vårdprevention beräknat på antal registreringar i Senior alert 2023.

Analys av resultat: Resultatet av årets PPM trycksår visar på en positiv trend eftersom det går att se förbättrade resultat gentemot 2022 års mätning. Sannolikt beror dock detta på att det funnits ett större underlag för 2023. Precis som föregående år beror sannolikt resultatet av årets PPM trycksår på bristerna i det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsplaner.

Totalt har cirka 32 % av de personer som är boende på Estrids gård eller inskrivna inom hemsjukvården registrerade i senior alert och har erhållit en riskbedömning, vilket är en ökning med 13 % från år 2022. Det största bortfallet ses bland patienter i ordinärt boende som är ansluta till hemsjukvården där täckningsgraden är drygt 12,5 %. Täckningsgraden på Estrids gård är betydligt högre på 78 %. På Estrids gård har 93 % av de identifierade riskerna en upprättad åtgärdsplan i kvalitetsregistret, inom hemsjukvården är motsvarande siffra 50 %. Det är däremot viktigt att beakta att dessa siffror inte speglar hur det ser ut i den enskildes patientjournal. Riskbedömning av munhälsan har enbart utförts inom hemsjukvården och av de som är registrerade har 59 % risk för dålig munhälsa men endast 40 % har en åtgärdsplan för detta.

Patienter på korttidsavdelningen samt boende på LSS-gruppboendestäder har inte erhållit riskbedömningar under 2023.

För att samtliga patienter ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov krävs att samtliga erhåller en riskbedömning. Målet att 75 % av patienterna ska erhållit en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplaner vid risk samt uppföljningar minst två gånger per år är delvis uppnått och skiljer sig mellan verksamheterna. Estrids gård har en täckningsgrad på 78 % men brister dock i riskbedömning av munhälsa samt i genomförandet och uppföljningen av insatta åtgärder vid identifierade risker. Hemsjukvården har inte uppnått målet, även om det går att se en positiv trend med ett ökat antal registreringar jämfört med tidigare år. Den största orsaken till att riskbedömningar inte utförs i önskad omfattning inom hemsjukvården beror på stora svårigheter att få till det multiprofessionella teamet inom hemsjukvården och hemtjänsten. En annan förklaring som också lyfts fram är att det finns patienter som inte samtycker till själva registreringen i kvalitetsregistret, vilket gör att riskbedömningarna för dessa patienter inte finns med i statistiken.

Åtgärd: De främsta åtgärderna har varit utbildning och översyn av mötesstruktur för att möjliggöra det multiprofessionella teamarbetet kring patienten, olika arbetsätt har testats. Hemsjukvården har tillsammans med hemtjänsten försökt att samordna ärendeplanering och implementera rutin. Digital utbildning från senior alert har erbjudits till personal i behov av detta under året.

Uppföljning av åtgärd: Antalet registreringar, åtgärder och uppföljningar redovisas och diskuteras på HSL-ledningsmöten. Trots vidtagna åtgärder från hemsjukvården har det framkommit att både hemtjänsten inom egen regi samt Attendo varken hade erforderlig kompetens eller tid för att inhämta information eller möjlighet att delta med medarbetare med patientkännedom på träffarna där orsaker och åtgärder skulle tas upp. Åtgärderna på berörda enheter har delvis haft effekt i och med att registreringarna ändå ökat, men ett fortsatt arbete behöver fortgå under 2024.

Kvalitetsregister – Palliativa registret

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registret består av ett trettiotal frågor om personens symtom och vård under den sista veckan i livet men även frågor om närstående erhållit brytpunktsamtal och efterlevandesamtal. Samtliga frågor återspeglar viktiga områden inom palliativ vård och resultatet används genom att bristerna identifieras och de områden som behöver förbättras synliggörs.

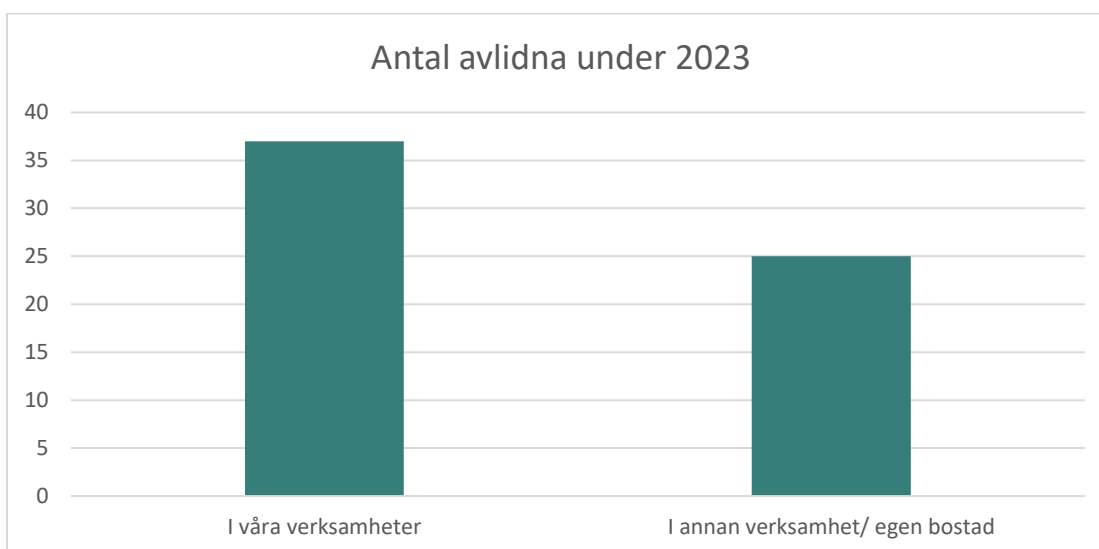
Mål: Att öka antalet registreringar i Palliativregistret till 80 % och att arbeta med att förbättra resultatet angående smärtskattning och munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka samt erbjuda och genomföra efterlevandesamtal till anhöriga. Målet är att närma oss Socialstyrelsens mål där 100 % ska ha erhållit smärtskattning och 90 % munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka. Målet för utförda efterlevandesamtal är 90 %.

Egenkontroll: Resultat från palliativregistret

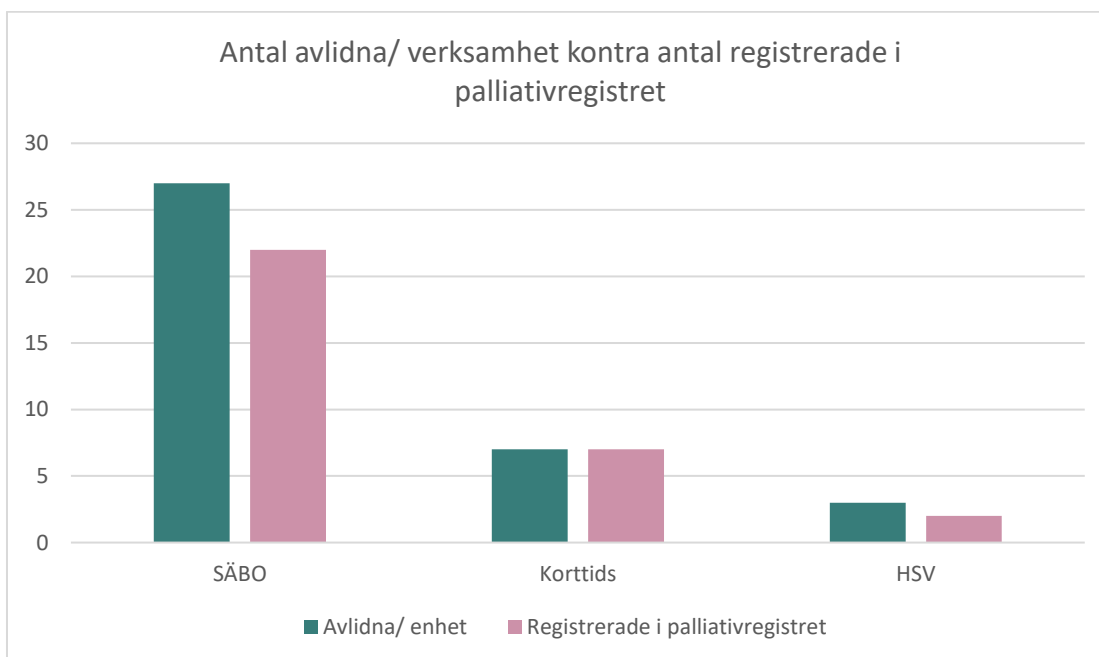
Resultat: Se nedanstående tabeller och spindeldiagram. Målet är delvis uppfyllt.

Täckningsgrad och inrapporterade dödsfall i palliativregistret 2023											
	Ej inrapporterat	Annan	Hem, utan stöd	Hem, med stöd	HSV	Spec pall HSV	Spec pall SV	Sjukhus	Korttid	SÄBO/LSS	Totalt antal dödsfall
Knivsta 2023	29,21 %	0 %	0 %	2,25%	1,12 %	4,49 %	14,61 %	12,36 %	7,87 %	28,09 %	89 st
Uppsala län 2023	43,54 %	0,69 %	0,17 %	0,46 %	1,95 %	3,67 %	10,41 %	15,74 %	4,23 %	19,14 %	3025 st

Tabellen visar täckningsgraden i procent och fördelat på respektive verksamhetsområde.

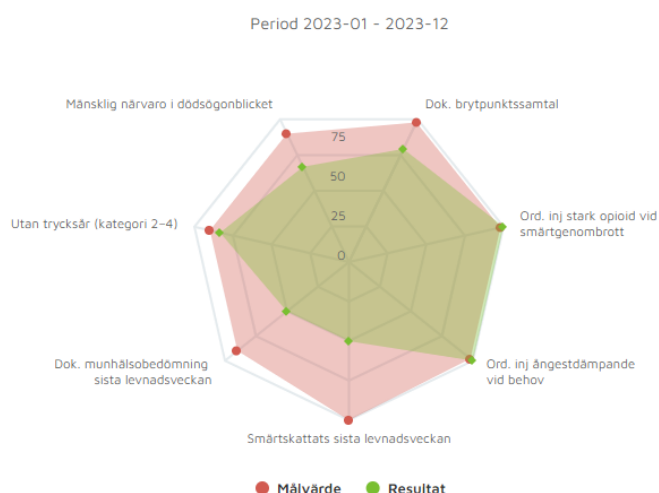


Tabellen beskriver personer som bor på en särskild boendeenhet eller är inskriven i hemsjukvården samt var de avlider, alltså inom våra egna eller annan verksamhet, exempelvis inom slutenvården.



Tabellen beskriver täckningsgrad i palliativregistret fördelat på verksamheterna under 2023.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

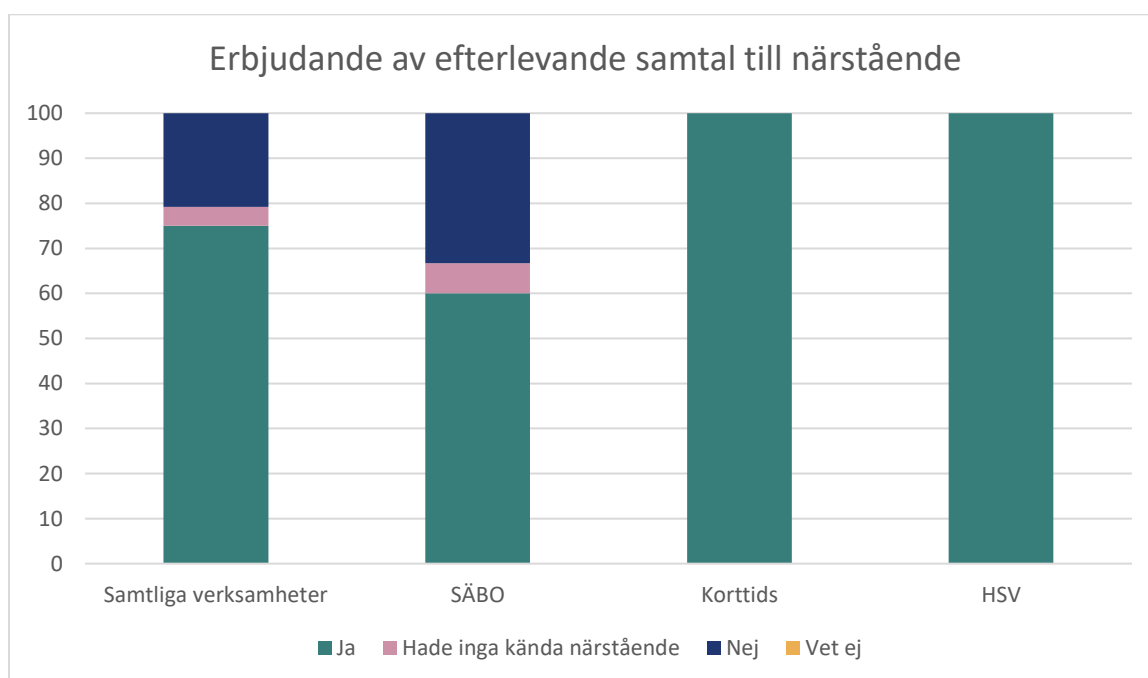


Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	79,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	50,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	83,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	66,7

I spindeldiagrammen ovan redovisas Socialstyrelsens definierade sex nationella kvalitetsindikatorerna för vård i livets slutskede samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Resultaten är för Estrids gård, korttidsavdelningen samt hemsjukvård och rehabilitering.



Tabellen visar andelen erbjudande av efterlevandesamtal till närstående vid Estrids gård, inklusive korttids, och enheten för hemsjukvård och rehabilitering under 2023.

Analys av resultat: Den totala täckningsgraden för inrapporterade dödsfall i palliativregistret är 70,79 % vilket är över Uppsala läns totala täckningsgrad på 58,74 %. Knivsta kommun har också förbättrat sig markant under året, exempelvis har täckningsgraden ökat från 65,45 % under perioden januari - juni till 76,47 % under juli - december. Om fokus i stället enbart är på täckningsgraden inom Vård- och omsorgskontorets utförare, vilka inkluderar både egen regi, LOV-utförare där Knivsta kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret, samt privat regi i avtal med Socialnämnden, uppgår täckningsgraden till 83,8 %. Sannolikt beror den positiva trenden på att det bedrivits ett aktivt arbete med att öka kunskapen om registret och hur resultaten kan användas i förbättringsarbete på enheten.

De områden vid vård i livets slutskede som Knivsta är bäst på är att se till att det finns ordinationer på symtomlindrande läkemedel, att förebygga så att patienter inte avlider med trycksår samt säkerställa att det finns dokumenterade brytpunktssamtal. Jämfört med 2022 har resultatet förbättrats avseende dokumenterat brytpunktssamtal samt att det finns ordinationer på symtomlindrande läkemedel medan resultatet varit oförändrat avseende smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Generellt ligger Knivsta lägre än genomsnittet i Uppsala län vid fem av sju kvalitetsindikatorer. Prioriterade områden att förbättra resultaten inom är att öka andelen som smärtskattas enligt ett validerat smärtskattningsinstrument och erhåller en munhälsobedömning under den sista levnadsveckan samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Vad gäller erbjudande av efterlevande samtal till närstående ligger Knivsta över snittet i länet och erbjuder det i relativt stor utsträckning. Positivt jämfört med föregående år är att verksamheterna vet om samtalen erbjudits eller inte. Det skiljer sig också mellan enheterna, där korttidsenheten och hemsjukvården har en fullständig följsamhet till att erbjuda samtal medan Estrids gård inte erbjudit det i lika hög utsträckning.

Åtgärd: Regelbundna uppföljningar av resultaten på respektive enhet, lämpliga åtgärder har satts in beroende på resultat. För att öka täckningsgraden i länet har ett gemensamt arbete utförts tillsammans med regionen och länets samtliga kommuner under året i LAG Täckningsgrad. Därtill har ett lokalt arbete påbörjats genom att exempelvis räkna ut täckningsgrad för Vård- och omsorgskontorets utförare. Det har bland annat inneburit att journalgranskningar utförts och sedan jämförts med registreringar i palliativregistret. Underlag från privata vårdgivare har inhämtats via enkät.

Vidare har förbättringar gjorts i patientjournalen för att få en mer strukturerad och tillgänglig dokumentation vid vård i livets slutskede. Hänsyn till kvalitetsindikatorerna togs med i framtagandet.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har delvis fått resultat. Arbetet för att öka täckningsgraden i länet kommer fortsätta inom LAG Täckningsgrad. Regelbundna uppföljningar på HSL-ledningen.

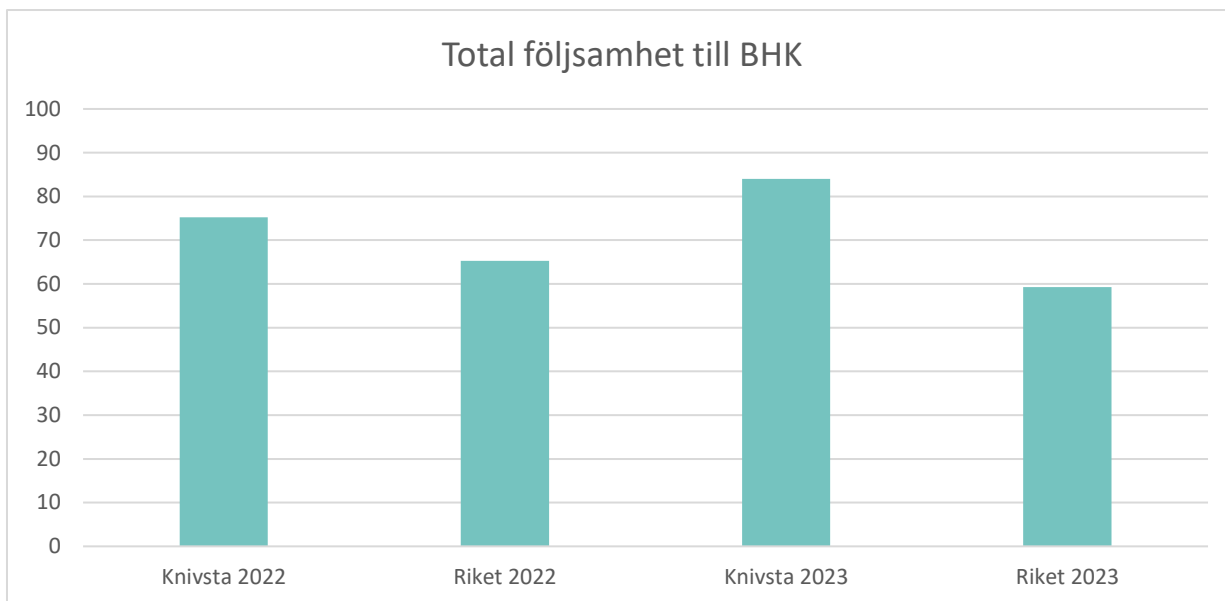
Basal hygien och klädregler

Mål: 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

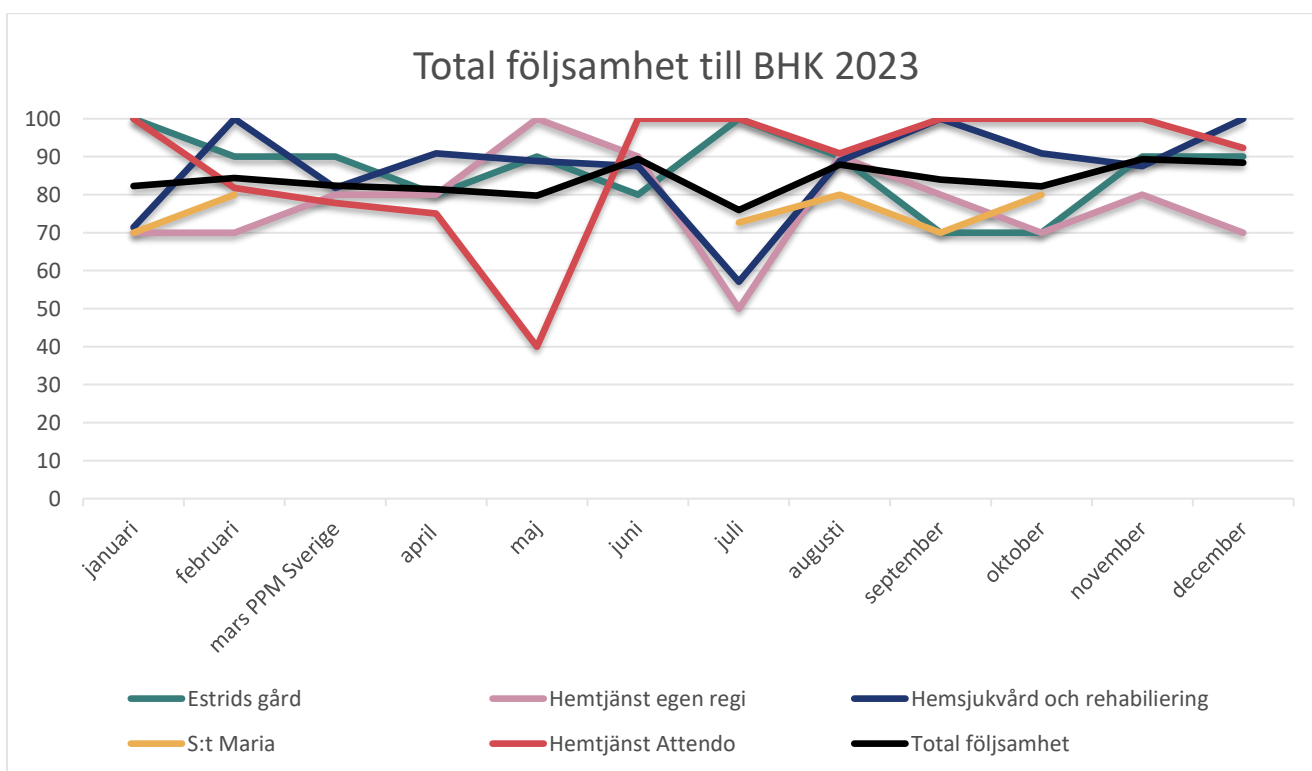
Egenkontroll: Observationsmätningar på Estrids gård och hemtjänsten egen regi. Självs kattning inom hemsjukvård och rehabilitering samt S:t Maria. Utförs minst en gång i månaden.

Nationell punktprevalensmätning 1 gång per år.

Resultat: se nedanstående tabeller. Målet är inte uppfyllt.



Ovanstående tabell beskriver den totala följsamheten till BHK i procent hos Estrids gård, S:t Maria, hemtjänsten egen regi samt Attendo och hemsjukvård och rehabilitering. Knivsta 2022-2023 är ett medelvärde av följsamheten under åren medan resultatet från riket är utifrån PPM-mätningen VT 2023.



Tabellen ovan beskriver den totala följsamheten till BHK under 2023 fördelat på respektive enhet. I den totala följsamheten ingår samtliga enheter.

Analys av resultat: När det kommer till den totala följsamheten av BHK kan en fortsatt positiv trend ses jämfört med tidigare år. Men även om tydliga framsteg kan ses under året är det en bit kvar innan målet om 100 % följsamhet är uppnått inom samtliga verksamheter över tid.

Som nämnts i rapporten avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser för Socialnämnden halvår 2023 har SKR:s nationella PPM indikerat på en negativ trend för den totala följsamheten till BHK på riksnivå. I

kontrast till detta har Knivsta kommun i stället visat en positiv utveckling under året med en genomsnittlig följsamhet på 84 % jämfört med 75,2 % under helåret 2022. Därtill ska noteras att juni, november och december månad utmärker sig med en total följsamhet på nära 90 %. Följsamheten varierar dock mellan enheterna vilket påverkar resultatet för den totala följsamheten. Hemtjänst Attendo har den genomsnittligt högsta följsamhet av enheterna på 88,15 % tätt följt av enheten för hemsjukvård och rehabilitering och Estrids gård som har drygt 87 %. Vid flera mätperioder har en fullständig 100 % följsamhet uppnåtts på hemtjänst Attendo, Estrids gård, inom hemsjukvård och rehabilitering samt hemtjänst egen regi. Attendo utmärker sig särskilt med en fullständig 100 % följsamhet vid sex av tolv mätperioder. Framför allt har följsamheten gått upp efter att de hade en dipp i maj och i och med det skapade en åtgärdsplan för att förbättra följsamheten. Denna höga nivå av följsamhet visar dock på en förmåga i verksamheterna att nå hög följsamhet under kortare perioder, vilket framöver får fortsätta att fungera som inspiration för samtliga enheter att sträva mot en fullständig följsamhet i en bredare omfattning och över längre tid.

Åtgärd: Handlingsplaner görs vid negativa trendbrott i följsamheten. Samtlig omsorgspersonal har genomgått Socialstyrelsens e-utbildning i basal hygien. MAS har också haft utbildning och dialog med medarbetare på enheter med sämre följsamhet. MAS och MAR har också gjort en omfattande revidering av rutinen för smittförebyggande åtgärder.

Uppföljning av åtgärd: Följsamheten och vidtagna åtgärder följs upp av MAS, på enhetsnivå och på HSL-ledningsmöten. När MAS har gjort uppföljningar på handlingsplanerna har tydliga förbättringar kunnat ses. MAS sammanställer den totala följsamheten månadsvis och redovisar resultatet på HSL-ledningsmöten och utifrån det förs en dialog om eventuella åtgärder. På enhetsnivå redovisas resultatet på APT där positivt utfall samt förbättringsområden tas upp med arbetsgruppen och tillsammans diskuterar fram åtgärder som kan leda till en högre följsamhet och som leder till beslut om åtgärder. Men för att nå målet krävs ett fortsatt arbete med kontinuerliga uppföljningar på både strategisk och verksamhetsnivå samt ett fortsatt arbete med att implementera framgångsrika strategier och handlingsplaner.

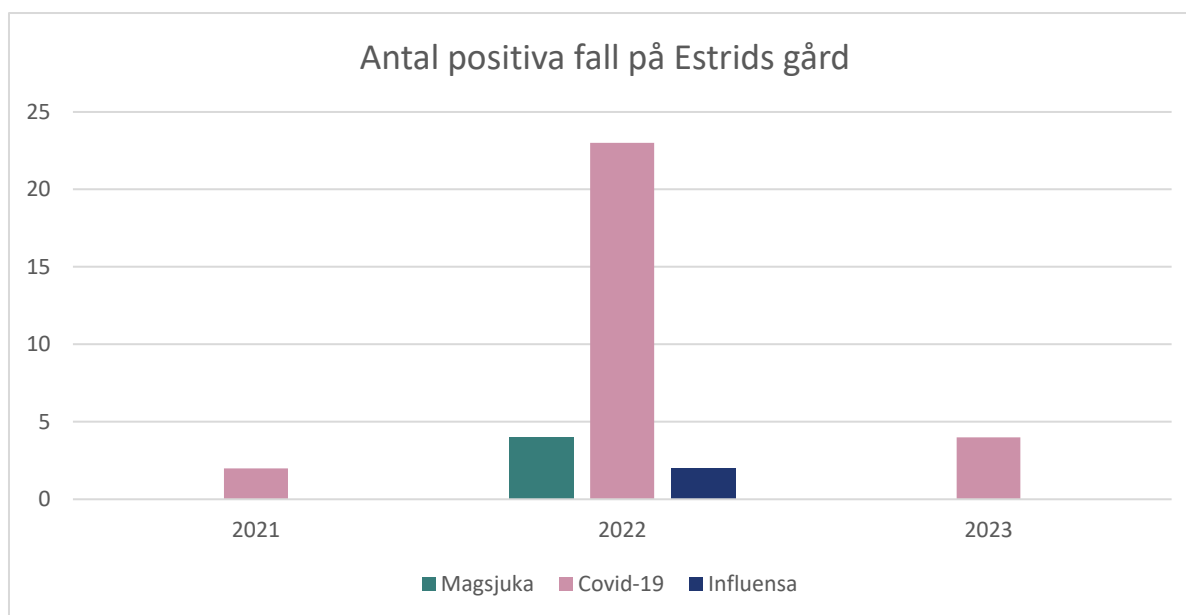
Infektionsregistreringar

Infektionsregistreringar ska utföras på samtliga särskilda boenden för äldre i Uppsala läns kommuner, där syftet är att resultatet ska vara ett underlag för riktat förbättringsarbete och exempelvis för prioritering av områden, eller som hjälp vid utvärderingen för att se om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Infektionsregistreringen omfattar förekomsten av virusorsakade infektioner (influenza och magsjuka), antibiotikaordinerade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridioides difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier.

Mål: Fullständig följsamhet av infektionsregistrering på särskilt boende för äldre

Egenkontroll: Månadsvisa infektionsregistreringar på särskilt avsedd blankett

Resultat: Under 2023 har Estrids gård haft full följsamhet till rutin och både registrerat, analyserat och skickat månadsvisa sammanställningar till MAS. Den vanligaste indikationen för antibiotikabehandling är mot urinvägsinfektioner hos patienter utan kateter, där det förskrivits vid 16 tillfällen under året. Däremot har det inte krävts någon insättning av antibiotikabehandling vid indikationen urinvägsinfektion hos patienter med kateter. Nedan redovisas antalet positiva fall hos patienter på Estrids gård.



Tabellen beskriver antalet positiva fall av magsjuka, covid-19 och influensa hos patient på Estrids gård under 2021-2023.

Analys av resultat: Resultatet att urinvägsinfektioner utan kateter fortsatt är en av de dominerade orsakerna till antibiotikabehandling inom särskilt boende för äldre i Knivsta kommun väcker funderingar avseende om antibiotikabehandlingen varit rationell och följt de nationella rekommendationerna. Det väcker även frågan om infektionerna varit vårdrelaterad och hade kunnat förebyggas, exempelvis genom god hygien. Orsakerna behöver därför undersökas och åtgärder vidtas därefter.

Det har varit ett lågt antal utbrott av smittsamma sjukdomar inom Vård- och omsorgskontorets utförarverksamheter under året. Estrids gård har dock haft ett mindre utbrott av covid-19 under året, däremot har inga utbrott av vare sig magsjuka eller säsongsinfluensan noterats. Vid utbrottet har åtgärder vidtagits snabbt och en okontrollerad smittspridning har kunnat undvikas.

Åtgärd: Utbildning och daglig handledning från sjuksköterska till omsorgspersonal. Verksamhetsansvarig chef och vårdhygien samarbetar i händelse av utbrott. Vårdhygien går igenom en checklista med föreslagna åtgärder för att stämma av att verksamheten vidtagit samtliga lämpliga åtgärder vid varje enskilt utbrott. MAS och områdeschef för utförare informeras.

Efter varje utbrott av smittsam sjukdom ska en händelseanalys med tillhörande åtgärdsplan fyllas i syfte att kartlägga om ytterligare åtgärder skulle kunna vidtas för att reducera risken att nya utbrott och framför allt större smittspridningar sker på enheterna.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning på enhetens sjuksköterskemöte. MAS tar del av enhetens händelseanalys och åtgärdsplan och följer även upp den tillsammans med berörd chef. Vid betydande avvikelser informeras HSL-ledningen. Vårdhygien gör en årlig sammanställning i form av en rapport där resultatet analyseras och delges MAS som sprider vidare till HSL-ledningen och verksamheten. Under 2023 har även genomgång av rapporten utförts tillsammans med berörd verksamhet och den regionala primärvården, där även berörda läkare deltog.

Vårdhygienisk egenkontroll

Mål: Att förebygga vårdrelaterade infektioner genom strukturerad genomgång av verksamheterna.

Egenkontroll: Årlig hygienrund utifrån en checklista för vårdhygienisk egenkontroll vid samtliga verksamheter. Vart fjärde år deltar vårdhygien från region Uppsala på hygienrund på särskilt boende för äldre.

Resultat: Enhetschef och hygienombud har genomfört hygienrund i enlighet med rutin på Estrids gård, utan några identifierade avvikelser. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering genomförde också hygienrund under året där förbättringsåtgärder identifierades och åtgärdsplan skapades. Målet är uppfyllt för enstaka verksamheter.

Analys av resultat: Avvikelsen som uppmärksammades på Estrids gård under 2022 var bristen på diskdesinfektor, vilket åtgärdades i början på 2023 då tre stycken installerades.

Åtgärd: Arbeta för att samtliga verksamheter utför en vårdhygienisk egenkontroll vid sina verksamheter under 2024.

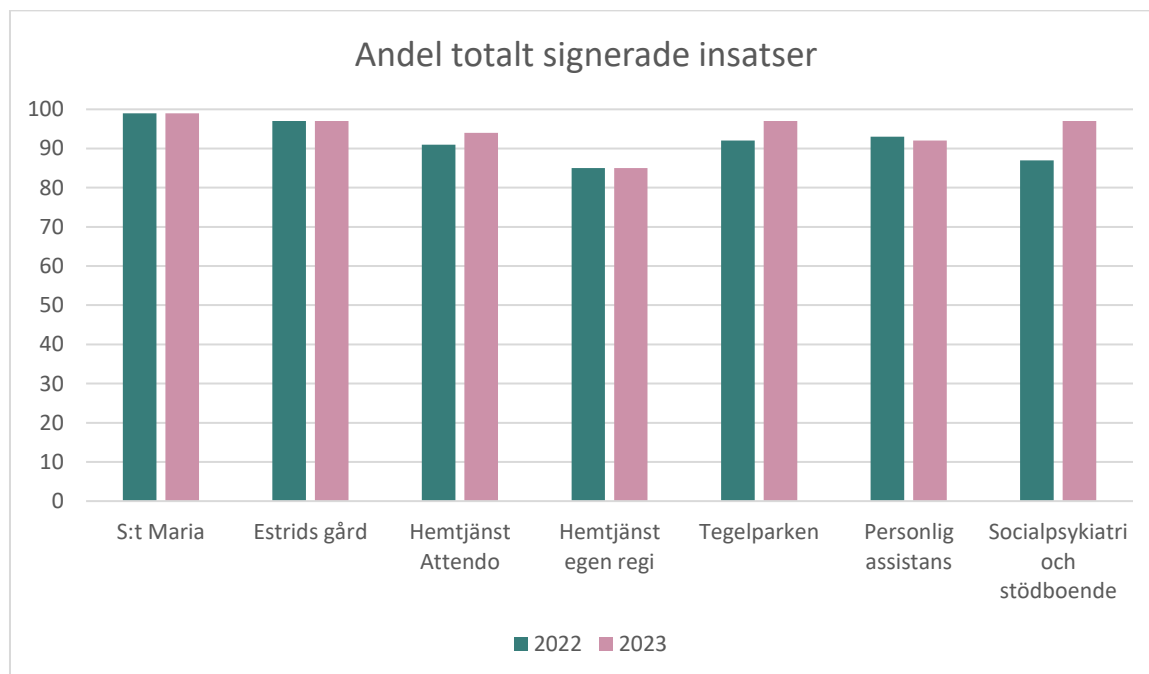
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kommer utföras via enkät under hösten 2024.

Följsamhet till ordinationer

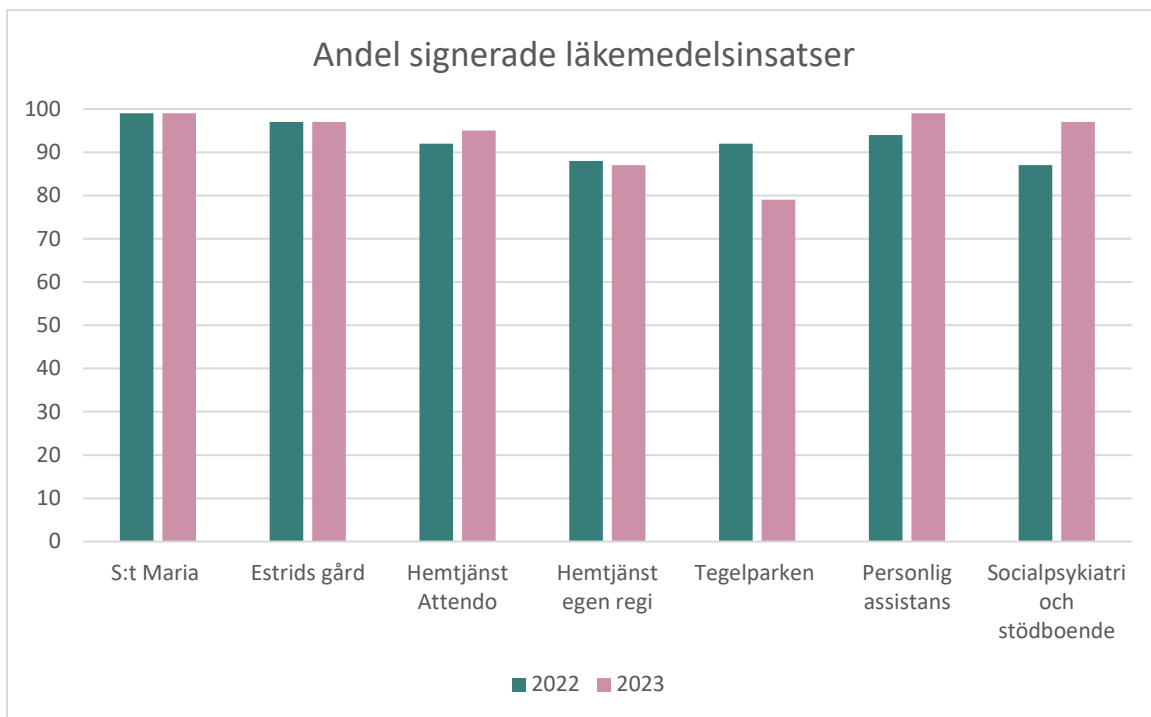
Mål: 100 % följsamhet till ordinationer

Egenkontroll: Följs upp via digitalt signeringsystem

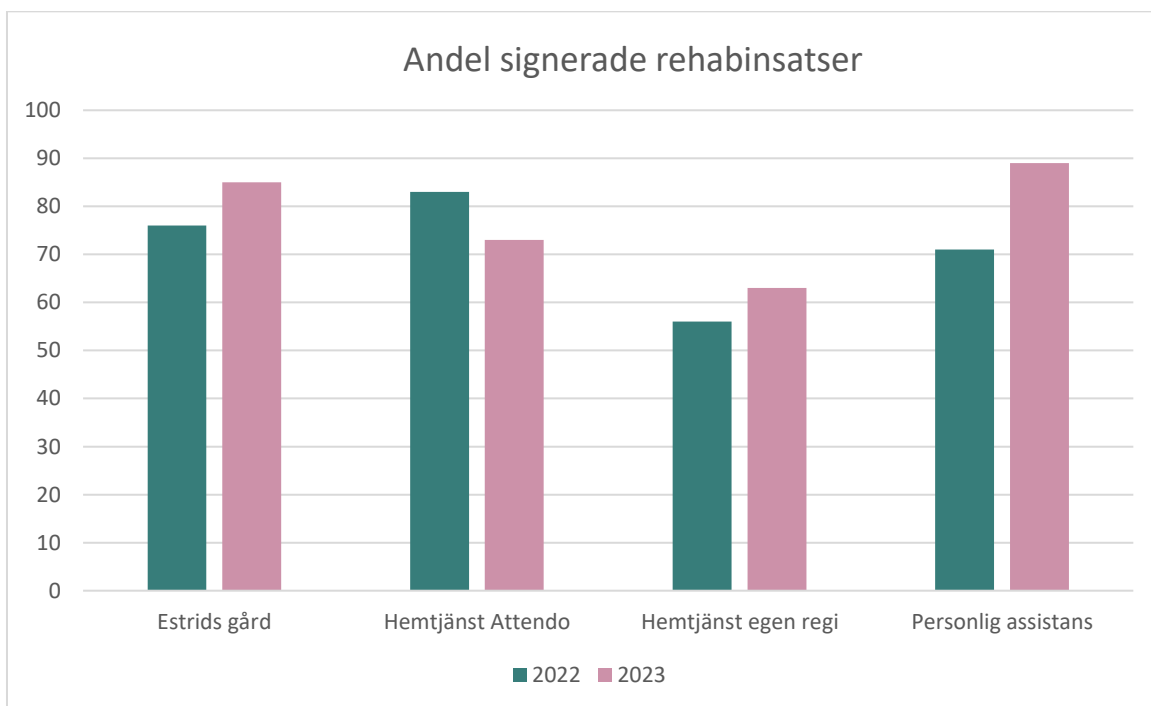
Resultat: Se tabellerna nedan



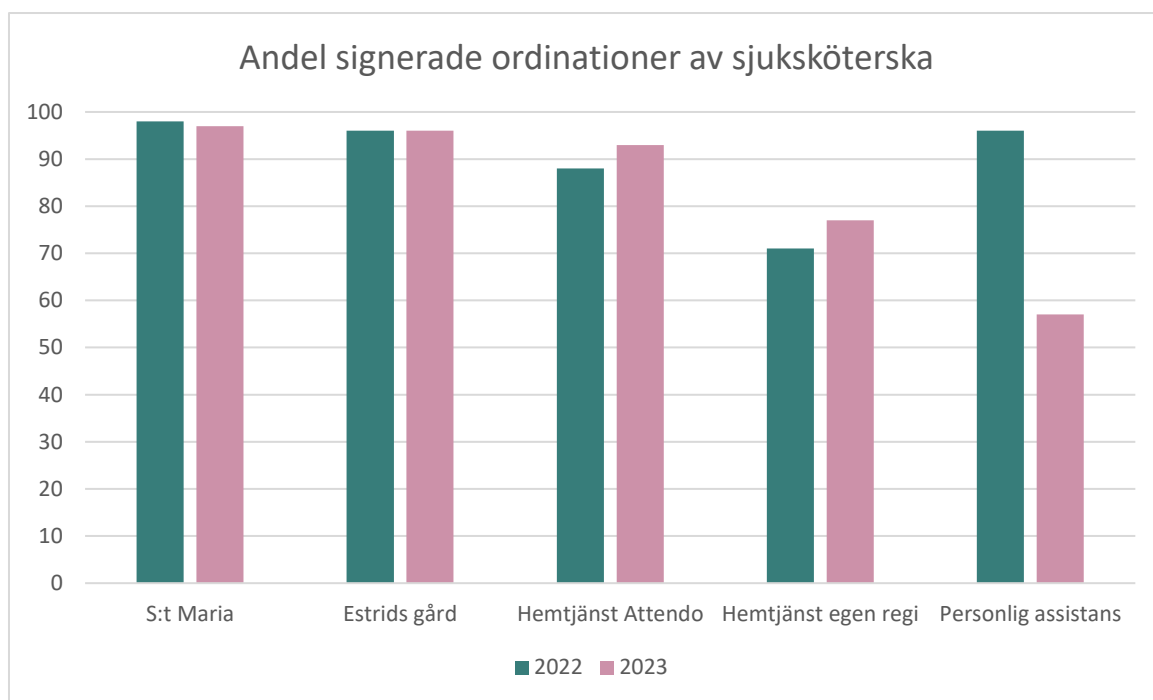
Tabellen beskriver andel totalt signerade insatser i procent, oberoende av vilken typ, fördelat på de olika enheterna under 2022-2023



Tabellen beskriver andel signerade läkemedelsinsatser i procent fördelat på de olika enheterna under 2022-2023



Tabellen beskriver andel signerade rehabinsatser i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2022-2023.



Tabellen beskriver andel signerade ordinationer av sjuksköterska i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2022-2023.

Analys av resultat: Andelen totalt signerade insatser visar inte signifikanta förändringar mellan 2022 och 2023, förutom inom enheten för socialpsykiatri och stödboende där andelen signerade insatser ökat från 87 % till 97 %. Specifikt beträffande signerade läkemedelsinsatser, uppvisar S:t Maria (99 %) och personlig assistans (99 %) högst följsamhet, tätt följt av Estrids gård (97 %) och socialpsykiatri och stödboende (97 %). Generellt sett är följsamheten till läkemedelsinsatser hög, medan den är lägre för ordinationer inom rehab- och omvårdnadsinsatser.

Följsamheten till ordinerade rehabinsatser varierar mellan verksamheterna. Estrids gård, hemtjänst i egen regi och personlig assistans har förbättrat sin följsamhet jämfört med föregående år, medan Attendo hemtjänst har minskat. Andelen signerade omvårdnadsinsatser är något högre än rehabinsatser, och fyra av fem verksamheter har bibehållit eller ökat andelen signeringar från föregående år. Detta med undantag för personlig assistans, där följsamheten har minskat drastiskt från 96 % 2022 till 57 % 2023.

Att insatser inte är signerade kan ha flera orsaker och behöver inte nödvändigtvis indikera på faktiska uteblivna insatser. Vidare analyser behöver därför utföras på verksamhetsnivå. Arbetet med att öka andelen signerade insatser kommer behöva fortsätta under 2024 och då framför allt avseende följsamhet till ordinerade rehabinsatser.

Åtgärd: Kontinuerliga instruktions och utbildningsinsatser för att säkerställa korrekt hantering i systemet samt regelbunden uppföljning av följsamheten på respektive verksamhet.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har delvis visat resultat, dock med varierande framgång mellan verksamheterna. Fortsatta kontinuerliga uppföljningar av följsamheten kommer att genomföras på HSL-ledningen under 2024 för att fortsätta följa resultatet och tidigt kunna identifiera eventuella brister där ytterligare åtgärder kan behöva vidtas.

Läkemedelshantering

Mål: Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelshantering.

Egenkontroll: Utvärdering i det digitalt signeringssystem och analys av läkemedelsavvikelser.

Resultat: Under 2023 stod utebliven dos för 15,85 % av alla avvikelser enligt HSL, vilket kan jämföras med 16,95 % år 2022. Målet att begränsa utebliven dos till 10 % av avvikelshantering har inte uppnåtts.

Däremot är det viktigt att notera att utfallet är helt beroende av hur avvikelser rapporteras inom andra kategorier. Det är därför bättre att frångå den målsättningen och i stället fokusera på att minska antalet uteblivna doser. Frångår vi andelen rapporterade avvikelser, är andelen utebliven dos i förhållande till alla läkemedelsadministreringar endast cirka 1 %.

Analys av resultat: Det är viktigt att notera att utfallet är helt beroende av hur avvikelser rapporteras inom andra kategorier. Det är därför bättre att frångå den målsättningen och i stället fokusera på att minska antalet uteblivna doser. Om andelen rapporterade avvikelser frångås, är andelen utebliven dos i förhållande till alla läkemedelsadministreringar endast cirka 1 %. Att målet inte uppnåtts bedöms dock framför allt bero på bristande efterlevnad av rutiner och viss osäkerhet kring användningen av det digitala signeringssystemet. Utebliven dos utgör även en större del av samtliga avvikelser enligt HSL eftersom det brister i rapporteringen av andra typer av HSL-avvikelser där kunskapen om vad som är en avvikelse eller inte är lägre, exempelvis avvikelser inom hygien eller dokumentation. En ökad volym och bättre rapportering inom andra områden inom HSL skulle sannolikt påverka resultatet.

Åtgärd: Kontinuerliga informations- och utbildningsinsatser. Det finns en planering för en gedigen utbildningsinsats inom avvikelshantering under våren 2024.

Uppföljning av åtgärd: Regelbunden uppföljning av resultatet både på verksamheterna och i HSL-ledningen.

Läkemedelskontroll

Mål: Säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering utifrån gällande rutin och föreskrifts krav.

Egenkontroll: Årliga externa kvalitetsgranskningar

Resultat: Externa kvalitetsgranskningar på berörda verksamheter är utförda under hösten 2023.

Analys av resultat: Åtgärdsrapporterna från de externa kvalitetsgranskningarna tyder på att läkemedelshantering är säker, men att det finns åtgärder som kan vidtas för att göra det ännu bättre. Det största arbetet som behöver utföras är att upprätta lokala enhetsrutiner avseende läkemedelshantering. Det ska finnas en lokal rutin på respektive enhet där hälso- och sjukvård bedrivs.

Åtgärd: Arbetet utifrån åtgärdsplanerna har påbörjats under hösten 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

Uppföljning av åtgärd: Under våren 2024 kommer MAS genomföra individuella uppföljningar vid samtliga granskade verksamheter. Årlig uppföljning sker vid nästkommande årliga externa kvalitetsgranskning.

Journalgranskning

Mål: 100 % följsamhet till journalrutin och lag/föreskrifts krav

Egenkontroll: Strukturerade journalgranskningar utifrån en förutbestämd journalgranskningsmall.

Resultat: Totalt har 27 hälso- och sjukvårdsjournaler granskats med en följsamhet till journalrutin och lag/föreskriftskrav på endast 53 %. Huvudsakliga förbättringsområden inkluderar hantering och inhämtning av samtycken, fullständig anamnes vid vårdkontakt och beskrivning av bakgrunden till vården samt aktuella patientstatus. Endast 10 % av de granskade journalerna hade ett aktuellt status som inte var äldre än 6 månader. I drygt 67 % av de granskade journalerna fanns det relevanta hälsoplaner upprättade vid identifierade risker, däremot är det en väldigt låg andel där det tydligt framgår vem, när och hur en behandling/åtgärd ska utföras eller när, hur och av vem den ska följas upp. Det framgår även sällan en uppföljning och ett resultat av hälsoplanerna och inaktuella åtgärder är sällan avslutade. Patientens egna önskemål avseende vård och behandling beskrivs endast i drygt 37 % av fallen. Alla dessa delar bidrar till att det är svårt att få en bra överblick och helhetsbedömning av patientens situation. Endast i drygt 26 % av de granskade journalerna mötte det kravet.

Positiva aspekter som också framkommer i granskningen är att det i stor utsträckning finns inhämtade samtycken, även om det inte framgår hur, när eller av vem det inhämtats. I samtliga fall fanns också en aktuell namngiven fast vårdkontakt och språket i journalen är alltid lätt att förstå.

Analys av resultat: Brister i dokumentationen, både vad gäller en avsaknad av samsyn och enhetlig dokumentation samt att journalanteckningar inte förs i tillräcklig omfattning har identifierats. Dessa brister kan delvis förklaras med implementeringen av ett nytt verksamhetssystem under 2021. Legitimerad personals anpassning till att dokumentera enligt ICF och KVÅ, som var nytt för dem, tar tid. Dessutom påverkar omsättning av personal kontinuiteten och strukturerad dokumentation. Det saknas även en tydlig rutin avseende hur hantering av samtycken och dokumentation av anamnes, status, hälsoplaner samt vad som ska dokumenteras under respektive KVÅ-kod ska hanteras. Egenutvecklade lösningar har lett till otydlig dokumentation och därmed också en potentiell patientsäkerhetsrisk.

Åtgärd: En dokumentationsgrupp har initierats med fokus på hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, ledd av MAS. Gruppen inkluderar MAR och legitimerad personal från olika verksamheter. Ett samarbete med systemstödsavdelningen pågår för att justera verksamhetssystemet utifrån dokumentationsgruppens behov. Månadsvisa möten hålls för att säkerställa kontinuitet. Hälsoplanerna har omarbetats, autotexter har implementerats för att underlätta dokumentationen och särskilda KVÅ-koder för samtycken har skapats. En översyn av samtliga KVÅ-koder utifrån Socialstyrelsens urval av KVÅ för kommunal hälso- och sjukvård har utförts och synkats med utbudet i befintligt verksamhetssystem.

Uppföljning av åtgärd: Vidtagna åtgärder och framtida planer presenteras kontinuerligt på HSL-ledningen. Arbetet kommer att fortskrida under 2024 med fokus på utveckling av dokumentation för att säkerställa bättre följsamhet till rutiner och lagkrav. Uppföljningar kommer att genomföras genom nya strukturerade journalgranskningar. Fortsatt samarbete med avdelningen för systemstöd kommer att vara centralt för att fortsätta säkerställa anpassning av verksamhetssystemet till dokumentationsbehoven.

BILAGA 2.

MÅLUPPFYLLELSE 2023

Handlingsplan för patientsäkerhet

Mål 1: Utarbeta en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, där det långsiktiga målet är en ökad patientsäkerhet.

Resultat: Målet är uppfyllt.

Basala hygienrutiner och klädregler

Mål 2: 100 % följsamhet till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförare

Resultat: Målet är inte uppfyllt, se bilaga 1.

Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister

Mål 3: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, eventuell åtgärdsplan samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Estrids gård har en täckningsgrad på 78 % vad gäller individuella riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring. Se bilaga 1.

Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret

Mål 4: Att öka antalet registreringar i Palliativregistret till 80 % och att arbeta med att förbättra resultatet angående smärtskattning och munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka samt erbjuda och genomföra efterlevandesamtal till anhöriga. Målet är att närma oss Socialstyrelsens mål där 100 % ska ha erhållit smärtskattning och 90 % munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka. Målet för utförda efterlevandesamtal är 90 %.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Täckningsgrad på minst 80 % är uppfyllt.

Avvikelsehantering

Mål 5: Säkerställa och förbättra avvikelsehanteringen och medvetandegöra vilka avvikelser som ska rapporteras. Målet är även att stärka rapporteringen vid S:t Maria, personlig assistans, Tegelparken och Attendos hemtjänst, som har mycket små volymer av inrapporterade avvikelser.

Resultat: Målet är inte uppfyllt, men arbetet pågår och det finns en planering för ett genomförande under våren 2024. Riktade insatser i form av utbildning och dialog har erbjudits till enheter som behövt stärka sin rapportering.

Teamarbete

Mål 6: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete på och mellan verksamheterna.

Resultat: Målet är inte uppfyllt. Olika lösningar har prövats men resultatet har uteblivit.

Dokumentation

Mål 7: 100 % följsamhet till journalrutin för att säkerställa att dokumentationen sker på ett säkert och enhetligt sätt. Säkerställa spårbarheten så att det blir lättare att hitta planerade och utförda insatser.

Resultat: Målet är inte uppfyllt, se bilaga 1.

Följsamhet till rehabiliteringsinsatser

Mål 8: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Resultat: Målet är inte uppfyllt. Den totala följsamheten har minskat med 1 % sedan föregående år.