



Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden år 2024



Diarienummer: SN-2025/20

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, hemtjänst, särskilt boende, serviceboende, personlig assistans samt Attendo hemtjänst, S:t Maria gruppboende samt Lyckåsens och Dadelvägens gruppboenden. Utförare på särskilt boende i avtal med kommunen redovisar sin egen patientsäkerhetsberättelse.

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.....	11
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	13
Patienten som medskapare.....	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
Handlingsplan för patientsäkerhet	16
Egenkontroll.....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	20
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling.....	20
Interna arbetsprocesser och system.....	20
Dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation	20
Nytt hjälpmedelssystem - Myloc	21
Äldreårsenheten	21
Modell för palliativ vård	22
BPSD-registret	22
Säker vård här och nu	23
Riskhantering	23
Enheten för hemsjukvård	23
Säker bemanning.....	24
Stärka analys, lärande och utveckling.....	25
Avvikelse	25
Läkemedelsavvikelse.....	26
Fallavvikelse	28
Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelse	29
Avvikelse i vårdkedjan	31
Utredning och uppföljning.....	32
Led- och utredningstid	33
Allvarlighetsgrad.....	36

Lex Maria.....	37
Klagomål och synpunkter	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	38
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?.....	38
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	40
BILAGA 1.	43
RESULTAT OCH ANALYS	43
Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår	43
Kvalitetsregister – Palliativa registret.....	45
Basal hygien och klädregler.....	48
Infektionsregistreringar.....	51
Vårdhygienisk egenkontroll.....	53
Läkemedelskontroll.....	53
Följsamhet till ordinationer.....	54
Journalgranskning	56
BILAGA 2.	58
MÅLUPPFYLLELSE 2024.....	58
Basala hygienrutiner och klädregler	58
Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister	58
Teamarbete.....	58
Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret	58
Avvikelsehantering	58
Dokumentation.....	58
Följsamhet till rehabiliteringsinsatser	58

SAMMANFATTNING

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minimera risken för vårdskador. Flera faktorer, såsom engagerad ledning, tydlig styrning, patientdelaktighet, adekvat kunskap och kompetens samt en god säkerhetskultur, är avgörande för det preventiva arbetet med att förebygga vårdskador. Under året har patientsäkerhetsarbetet utgått från handlingsplanen i patientsäkerhet samt målen i patientsäkerhetsberättelsen där fokus varit på att förbättra hanteringen och följsamheten till avvikelseprocessen genom utbildning, revidering av rutiner och avvikelsemallar. Samtidigt har det löpande arbetet med att säkerställa övriga relevanta processer, riktlinjer och rutiner fortsatt.

De uppsatta målen för kvalitetsarbetet och ökad patientsäkerhet under året inkluderade fullständig följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), individuella riskbedömningar för minst 75 % av patienterna, fungerande teamarbete, ökad täckningsgrad i Palliativregistret samt förbättrade resultat av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, förbättrad avvikelshantering, ökad följsamhet till journalrutin samt förbättrad följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser. Vid utvärderingen framkom att målen för avvikelshantering samt dokumentation har uppnåtts. Hemsjukvården nådde målet för täckningsgrad i Palliativregistret, och Estrids gård målet om ökad följsamhet till rehabiliteringsinsatser och individuella riskbedömningar. Vidare har följsamheten till BHK ökat, och ordinerade insatser signeras oftare inom korrekt tidsfönster. Inom vård i livets slutskede har 100 % följsamhet uppnåtts till ordination av symtomlindrande läkemedel samt efterlevandesamtal.

Antalet rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet har fortsatt att öka och både utredningar, allvarlighetsbedömningar samt uppföljningar utförs i större utsträckning. Samtidigt har ledtiderna, särskilt från att en avvikelse rapporterats till dess att en utredning påbörjats minskats. Ett begränsat antal rapporterade klagomål och synpunkter har inkommit från enheterna, och inget ärende från patientnämnden. Antalet inkommande avvikelser i vårdkedjan har däremot ökat under året. Av samtliga rapporterade avvikelser har tre bedömts som allvarlig vårdskada och därmed anmälts enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Hemsjukvården har under året rapporterat om hög arbetsbelastning, delvis orsakad av ökad vårdtyngd och sjukskrivningar. En riskanalys har genomförts för att identifiera och åtgärda risker ur både patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv, vilket resulterade i en handlingsplan med prioriterade aktiviteter. För att minska arbetsbelastningen har grundbemanningen utökats med en sjukskötersketjänst och en visstidsanställning för sjuksköterska under ett år. Däremot har försöket att avlasta med en specialistundersköterska på enheten avslutats, då det inte gav avsedd effekt. Strukturerade arbetssätt och ett tydligt ledarskap förväntas minska utmaningarna och säkerställa hög patientsäkerhet framöver.

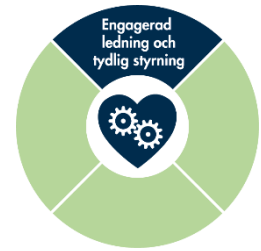
En blick framåt

Framåt kommer det systematiska förbättringsarbetet att fortsätta, med fokus på att stärka samverkan och struktur inom det förebyggande arbetet. Genom att implementera nya verktyg och förbättra kompetensutvecklingen för personalen skapas förutsättningar för en mer sammanhållen och patientsäker vård. Arbetet med att förbättra informationsöverföring och implementera ny teknik, såsom PU sensorn och snabbdiagnostik inom hemsjukvården, förväntas bidra till bättre och mer jämlik vård.

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 2024 har varit följande:

Mål 1: 100 % följsamheten till BHK hos 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 fungerade teamarbete på och mellan enheterna.

Strategier

- 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.

Strategier

- 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 dokumentationsgrupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 7: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Strategier

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

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 externa 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 gällande framtagande av lokalt ViS-dokument
- 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 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 (lokal arbetsgrupp) Äldre och läkemedel
- LAG (lokal arbetsgrupp) Täckningsgrad
- Redaktionsrådet

Samverkan vid utbildningsinsatser

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

Informationssäkerhet

Under 2024 har inga större incidenter som påverkat informationssäkerheten identifierats, men mindre driftavbrott har inträffat. Driftavbrott kan tillfälligt begränsa åtkomsten till system och påverka verksamhetsprocesser negativt. Det är därför av största vikt att supportorganisationen fungerar när avbrott inträffar, och detta har hanterats väl under året.

Årets uppföljningar inom informationssäkerheten inkluderade en genomförd revision i hälso- och sjukvårdens adresskatalog (HSA). Vård- och omsorgskontoret blev godkänd av HSA policygrupp och har därmed säkerställt att rätt personer har tillgång till information i HSA-katalogen och att tjänsterna används för sitt avsedda syfte. Organisationen har regelbundet granskat sina processer och rutiner för HSA-hantering för att säkerställa att tillitskraven efterlevs, samt genomfört kontroller och förbättringar vid behov i enlighet med säkerhetskrav från Inera. Vidare har interna kontroller genomförts där personalens åtkomst till patientuppgifter granskats via stickprov eller riktade kontroller.

För att stärka medvetenheten om informationssäkerhet har riktade utbildningar och medvetenhetskampanjer genomförts, bland annat med inriktning på hot och bästa praxis inom

informationssäkerhet. Under våren 2024 infördes en obligatorisk webbaserad utbildning i dataskydd och GDPR för alla anställda i Knivsta kommun.

Flera förbättringsåtgärder har vidtagits för att säkerställa en hög nivå av informationssäkerhet. Säkerhetsuppdateringar har genomförts regelbundet för att skydda systemen mot kända hot, och systemversioner har hanterats och uppdaterats i samarbete med IT-centrum och Advania. Systemdokumentationen har uppdaterats och gjorts tillgänglig för relevanta medarbetare och samarbetspartners för att ge en tydlig överblick över systemens funktioner och eventuella förändringar.

Löpande stickprovskontroller och strukturerade journalgranskningar i patientjournaler har utförts av MAS och MAR under 2024, 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.

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 centralt ansvar för att skapa förutsättningar för en god och säker vård av hög kvalitet. En del av detta arbete är att främja en stark säkerhetskultur inom samtliga verksamheter, där alla medarbetare – oavsett profession – har en viktig roll.

Under året har säkerhetskulturen fått särskilt fokus genom utbildningar inom avvikelserområdet, där frågor kopplade till en god säkerhetskultur integrerades. I detta sammanhang har medarbetare inom Vård- och omsorgskontoret fått en ökad medvetenhet om vad en god säkerhetskultur innebär, inklusive genomgångar av patientsäkerhetskulturtrappan, förutsättningar för en säker vårdmiljö och hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

Samtliga verksamheter har arbetat aktivt med att prioritera och hantera patientsäkerhetsfrågor på alla nivåer. Detta har bland annat skett genom att upprätthålla en arbetsmiljö som uppmuntrar öppen kommunikation kring identifierade risker i det dagliga arbetet. För att det ska vara möjligt pågår ett ständigt arbete inom verksamheterna med att arbeta för ett öppet arbetsklimat där medarbetare känner sig trygga att rapportera avvikelser, diskutera utmaningar och ställa frågor om patientsäkerhet utan rädsla för repressalier. Denna trygghet är också avgörande för att kunna arbeta förebyggande med patientsäkerhet.

Flera verksamheter lyfter att särskilt fokus legat på områden som avvikelshantering och delegeringar. Bland annat har kontinuerliga dialoger förts för att säkerställa förutsättningarna för en patientsäker vård vid delegering är tillräckliga. Samtliga verksamheter har rapporterat att patientsäkerhetsrelaterad kommunikation, inom och mellan professioner, ofta sker i samband med rapporteringstid, exempelvis morgonmöten, avstämningar, teammöten, avvikelseråd eller APT.

Följsamheten till rutinen att omsorgspersonal alltid kontaktar sjuksköterska vid behov av vägledning, förändrat hälsotillstånd eller frågor kring läkemedelshantering är fortsatt hög. Det är i stor utsträckning som sjuksköterskor i ett tillåtande klimat utför medicinska bedömningar



där omsorgspersonal uppmuntras att söka stöd från legitimerad personal. Dock har det förekommit enstaka fall där omsorgspersonal dragit sig för, eller till och med undvikit, att kontakta sjuksköterska jourtid på grund av rädsla för dåligt bemötande. Detta är något som Vård- och omsorgskontoret tagit på allvar och omedelbart agerat på när det uppdragats för att minimera riskerna för att det uppstår negativa händelser och direkta patientsäkerhetsrisker kopplat till detta.

Reflektionstid har avsatts i samtliga verksamheter, om än i varierande omfattning. Vanligtvis sker detta i samband med APT eller professionsmöten, medan vissa enheter, såsom Estrids gård, har kontinuerliga, särskilt avsatta tillfällen för reflektion. Hemsjukvården har däremot rapporterat att tid för lärande och reflektion minskat under året på grund av hög sjukfrånvaro, personalomsättning och ett ökat patientbehov.

Verksamhetsansvariga chefer har en avgörande roll i att stödja och främja en stark avvikelserapporteringskultur. Det är särskilt viktigt att chefer regelbundet diskuterar inträffade avvikelser med sina medarbetare för att dela insikter och ständigt arbeta för att förbättra verksamheten. För hemsjukvården är det fortsatt få avvikelser som hanteras uteslutande inom enheten. Här finns det fortsatt utvecklingspotential, särskilt när det gäller avvikelser som kräver samverkan mellan olika verksamheter.

Varje verksamhet har mer eller mindre etablerade och regelbundna avvikelseråd eller andra särskilda forum. Dessa spelar en viktig roll i att identifiera, analysera och hantera avvikelser på lokal nivå. Flertalet verksamheter rapporterar att avvikelser även diskuteras i det dagliga teamarbetet, vilket skapar en bredare förståelse för deras betydelse och stärker förmågan att agera snabbt och effektivt. Målet är att ständigt förbättra verksamheternas förmåga att lära av inträffade händelser, utveckla kvaliteten och öka patientsäkerheten. Att integrera avvikelshantering i det dagliga teamarbetet är dock fortsatt en utmaning för hemsjukvården och hemtjänstens verksamheter. Arbetet kommer därför att behöva fortsätta under 2025.

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 samt för Dadelvägen, Lyckåsen och S:t Maria där palliativt ombud saknas. Hemtjänsten i egen regi har ombud för psykisk ohälsa och hemsjukvården för suicidprevention. Utöver det finns bland annat rehabombud på Estrids gård samt hörselombud både där 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.

Hemsjukvården och hemtjänsten i egen regi har under året genomfört flera insatser för att förbättra följsamheten till delegeringsrutinen och därmed säkerställa att delegerad personal har adekvat kompetens, fokus har framför allt varit att stärka kunskapen genom både utbildningar och regelbundna strukturerade uppföljningar. Därtill har hemtjänsten i egen regi gjort en översyn av insatsplaneringen för att säkerställa att kombinationen av såväl SoL som HSL insatser utförs inom rätt tidsram av medarbetare med rätt kompetens.

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. På Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi genomför ordinarie personal Demens ABC. Legitimerad personal vid enheten för hemsjukvård har deltagit vid utbildningstillfällen som region Uppsala tillhandahåller, så som utbildning inom SIP¹ och utskrivningsprocessen. Enheten möjliggör också att legitimerad personal kan delta på flertalet seminarier och föreläsningar som erbjuds. Estrids gård har också haft utbildningsinsatser inom munhälsa, vårdrelaterade infektioner, strukturerad informationsöverföring (SBAR) och äldre och läkemedel riktat till omsorgspersonal.

Särskild utbildningsinsats inom avvikelseområdet har erbjudits samtliga medarbetare inom Vård- och omsorgskontorets verksamheter under våren 2024.

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



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.

utföras och genomförs 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 baseras på patientens önskemål och kommuniceras till berörd personal så att det ska vara väl kända och följas på enheten. I ordinärt boende erbjuds patienter så långt det är möjligt att själva önska när på dagen hembesök lämpligast görs. På LSS-gruppboende som Lyckåsen och Dadelvägen hålls regelbundna husmöten där brukarna deltar och ges möjlighet att påverka verksamheten. På Estrids gård arrangeras regelbundna anhörigmöten där närstående både kan få information om och från enheten men även möjlighet att påverka genom dialog.

Flera enheter rapporterar att de arbetar aktivt med kontaktmannaskap eller fast omsorgskontakt som en del i ett aktivt arbete med att skapa och upprätthålla goda relationer till brukare. Varje patient som är inskriven i hemsjukvården ska dessutom ha en fast vårdkontakt som har helhets- och samordningsansvaret för patienten. 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. Däremot visar journalgranskningar att det finns utrymme för förbättringar avseende dokumentation av patientens önskemål om vård och behandling, då den ofta saknas.

Flera enheter använder resultat från brukarundersökningar, både de som genomförs av Socialstyrelsen och interna enkäter, som underlag för riktade förbättringsåtgärder. Synpunkter och klagomål som inkommer välkomnas och hanteras av verksamhetsansvarig chef, som ansvarar för utredning och återkoppling till den som lämnat synpunkterna. Dessa används även som underlag för enhetens utvecklings- och förbättringsarbete. På samtliga enheter informeras patienter och deras närstående, om inga hinder föreligger, i de fall patienten drabbas av en vårdskada. Framöver krävs dock ytterligare diskussioner på enheterna tillsammans med patienter för att tydliggöra hur den enskilde kan göras än mera 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 slutfördes under kvartal 3, 2023 och resulterade i en handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över åren 2024–2026. De högst prioriterade områdena handlar om

avvikelsehantering och teamsamverkan, men även att identifiera risker för att kunna arbeta förebyggande samt stöd i analysarbete som möjliggör lärande inom verksamheterna.

Det mest prioriterade och omfattande området rör dock att stärka kunskapen om inträffade vårdskador samt säkerställa tillförlitliga och säkra system och processer, särskilt kopplat till avvikelsehanteringen. Därför har de aktiviteter kopplade till avvikelseområdet prioriterats och till stor del genomförts under året.

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.	Verksamhetssystemets avvikelsemodul.
Läkemedelskontroll	Kontroll av narkotika minst 1 gång/ månad	Kontroll i digitalt signeringssystem.
	Temperaturkontroller	Blankett för temperaturkontroll
	Extern kvalitetsgranskning en gång per år	Åtgärdsplan från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
	Kontroll av kasserade läkemedel i akutförrådet, sker löpande under året men ska skickas till MAS två gånger per år	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
BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)	Löpande under året	BPSD-registret
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Palliativregistret Täckningsgrad rapporteras i enkätform
BHK-mätningar	10 observationer per enhet och månad	Rapporteras i enkätform
Vårdhygienisk egenkontroll	En gång per år	Protokoll
Infektionsregistreringar	Månatliga rapporteringar	Månadssammanställningar skickas till Vårdhygien via särskild enkät.
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 avvikelsem modul och beroende på allvarlighetsgraden i avvikelserna hanteras den av olika ansvariga. Om avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär hanteras de av verksamhetsansvarig chef på berörd enhet. Vid avvikelser 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 utredning, uppföljning och återkoppling. 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 avvikelseprocessen ska gå till finns beskrivet i ledningssystemet och i gällande rutin för avvikelser.

Det finns en 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. På länsnivå arbetar patientsäkerhetsgruppen med att analysera avvikelser, identifiera trender och mönster samt vid behov initiera gemensamma risk- och händelseanalyser för att bedöma behov och riktade insatser. På lokal nivå kvarstår dock behovet av att stärka samarbetet mellan regional och kommunal primärvård vid hanteringen av avvikelser, identifiering av risker för vårdskador samt genomförande av gemensamma analyser.

De identifierade riskområdena under helåret 2024 överensstämmer med tidigare år och har fortsatt 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.

Under våren 2024 har ett omfattande arbete genomförts för att förbättra följsamheten till avvikelseprocessen. En stor utbildningssatsning genomfördes med målet att säkerställa att samtliga medarbetare har rätt kompetens och förståelse för avvikelseprocessen samt deras skyldigheter att rapportera negativa händelser. Av de verksamheter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser deltog 67 % av ordinarie personal på utbildningen.

Som en del av detta arbete har avvikelserutinerna reviderats utifrån processen och ansvarsfördelningen mellan chefer, legitimerad personal och omsorgspersonal tydliggjorts. Tillhörande lathundar har skapats, systemets funktionalitet har setts över, och avvikelsemallar har uppdaterats för att bättre stödja processen och underlätta för användarna att följa rutinerna korrekt.

Utbildningen, som genomfördes i april och maj, omfattade både avvikelser inom HSL och SOL/LSS och riktade sig till samtliga medarbetare. Största fokus var på att skapa en gemensam förståelse för vad en avvikelse är, hur avvikelseprocessen ser ut, hur rapportering går till samt skyldigheten att rapportera negativa händelser enligt gällande rutiner. För att ytterligare stärka engagemanget och kompetensen inom avvikelshantering arrangerades ett särskilt utbildningstillfälle för verksamhetsansvariga chefer, med fokus på utredning, bedömning av allvarlighetsgrad, uppföljning och analys. Förhoppningen var att satsningen

skulle bidra till att vi närmar oss målet om en gemensam syn och förståelse för hela avvikelseprocessen och på så sätt stärka patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheterna.

Det finns fortsatt förbättringsområden genom hela avvikelseprocessen, men bedömningen är att de åtgärder som vidtagits under året har resulterat i betydande förbättringar inom flera områden jämfört med tidigare år. Medarbetarna är nu mer rapporteringsbenägna, och både utredningar och uppföljningar genomförs i större utsträckning. Ledtiderna, särskilt från det att en avvikelse rapporteras till dess att en utredning påbörjas, har minskat avsevärt, vilket har förbättrat möjligheterna att fånga upp och utreda negativa händelser i ett tidigt skede.

Trots den stora ökning av registrerade avvikelserapporter indikerar dock fortsatt inhämtade data från kvalitetsregister, nationella databaser och Vård- och omsorgskontorets digitala signeringssystem att det fortfarande förekommer fler avvikelser än vad som rapporterats. Detta skulle kunna tyda på en potentiell underrapportering. Verksamheterna lyfter främst tidsbrist och otillräckliga möjligheter att skriva avvikelser som orsaker till detta. Därtill kommer det behövs fortlöpande dialoger och utbildningsinsatser för att fortsätta medvetandegöra vad som utgör en avvikelse och inte, vilket bedöms vara en viktig faktor för att minska underrapporteringen och därmed få en mer heltäckande bild av avvikelsetaget.

För att uppnå full följsamhet till rutinerna krävs att arbetet fortsätter under kommande år, med särskilt fokus på att förbättra kvaliteten i både utredningar och uppföljningar samt att säkerställa en korrekt bedömning av allvarlighetsgrad. Det finns fortfarande utmaningar inom vissa enheter som tenderar att underskatta allvarlighetsgraden i avvikelser, vilket kan innebära en potentiell patientsäkerhetsrisk om allvarliga avvikelser inte uppmärksammas av medicinskt ansvariga i tid.

Dessutom behövs ett fortsatt arbete för att medvetandegöra vad som ska rapporteras som en avvikelse, då det kvarstår indikationer på att vissa händelser inte alltid identifieras eller rapporteras inom våra egna enheter. Ett exempel på detta är att två allvarliga händelser, som resulterade i lex Maria-utredningar, uppmärksammades av annan vårdgivare i stället för att identifieras internt.

För att ytterligare stärka följsamheten och understryka vikten av ett systematiskt avvikelsearbete har hälso- och sjukvårdsledningen under året påbörjat ett kvartalsvis uppföljningsarbete på aggregerad nivå. Syftet är att tidigt kunna identifiera mönster och trender samt möjliggöra snabbare åtgärder och riktade insatser.

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 2024 har MAS och MAR fortsatt arbetet med att säkerställa relevanta och övergripande processer med tillhörande riktlinjer, rutiner och stöddokument. Inom kvalitets- och utvecklingsavdelningen har arbetet som påbörjades under 2023 gällande utformning och processkartläggning i ledningssystemet fortskridit. Målsättningen har varit att förenkla och göra det mera användarvänligt för slutanvändaren. Detta är dock ett långsiktigt arbete som kommer att fortskrida under kommande år.

Riktlinjerna för hälso- och sjukvård inom Socialnämndens ansvarsområde samt för medicintekniska produkter har sakgranskats och reviderats under året. Därtill har bland annat rutinerna för avvikelser inom hälso- och sjukvård samt för avvikelser i vårdkedjan, kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid förändrat hälsotillstånd, säkerställande av identitet inom hälso- och sjukvård, hjälpmedelsförskrivning samt hantering av basutrustning genomgått omfattande revideringar och implementerats i verksamheterna. Under året upprättades även en ny rutin avseende hjärt- och lungräddning (HLR) inom kommunal primärvård samt ett lokalt ViS-dokument gällande utskrivningsprocessen. Det sistnämnda har tagits fram i samverkan mellan berörda enheter inom kommun och region. Båda fastställdes i slutet på 2024 varpå implementeringen i verksamheterna kommer pågå under början av 2025.

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.

Dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation

Under 2023 skapades en dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation med syfte att åtgärda identifierade brister samt skapa samsyn och tydlighet kring vad som ska dokumenteras och var. Gruppen leds av MAS och inkluderar MAR samt legitimerad personal från hemsjukvården och Estrids gård. Deltagarna ansvarar för att kommunicera gruppens arbete till sina enheter och föra tillbaka synpunkter till gruppen. Därtill pågår ett samarbete med avdelningen för system och administration för att regelbundet justera verksamhetssystemet utifrån möjligheter och gruppens behov.

Under 2024 har enheterna behövt prioritera andra uppgifter, vilket har lett till att gruppen inte kunnat mötas så ofta som ursprungligen var planerat. Trots detta har flera möten genomförts under året, där fokus legat på att implementera de förändringar i journalsystemet som infördes 2023 samt på systemtekniska förbättringar baserade på resultaten från journalgranskningen hösten 2023. Under hösten har även en uppföljning och analys av användningen av KVÅ-koder genomförts utifrån statistik från Socialstyrelsen. Genomgången omfattade en kartläggning av vilka koder som rapporterats in och i vilken omfattning, samt identifiering av koder som aldrig dokumenterats. En dialog har förts kring orsakerna till detta för att skapa en bättre förståelse och möjliggöra förbättringsåtgärder. Strukturerade journalgranskningar från kvartal 4 2024 visar på tydliga förbättringar inom flera områden (resultat redovisas i bilaga 1), vilket bekräftar vikten av att fortsätta arbetet inom dokumentationsgruppen även framöver.

Nytt hjälpmedelssystem - Myloc

Under 2024 har omfattande förberedelser genomförts inför implementeringen av ett nytt hjälpmedelssystem, planerat att tas i bruk i mars 2025. Acceptanstester har genomförts, och planering har skett för att anpassa systemet till våra lokala förutsättningar, inklusive utformning av lager och hantering av produkter.

Ett hjälpmedelssystem är en viktig förutsättning för att kunna säkerställa spårbarhet av hjälpmedel i enlighet med gällande lagar och regelverk. Systemet möjliggör även effektiv hantering av beställningar för upphandlade produkter, bokning av service och reparationer samt hantering av konsulentordrar.

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.

Under 2024 har hemsjukvården haft fem patienter listade på Äldrevårdsenheten. Den begränsade mängden patienter bedöms bero på att många av de som är inskrivna i hemsjukvården inte uppfyller kraven för att listas, och att flera av de som uppfyller kraven har valt att behålla sin nuvarande vårdcentral. Förhoppningen är dock att antalet listade patienter successivt ska öka under de kommande åren, i takt med att samarbetet mellan kommunen och Äldrevårdsenheten fortsätter att utvecklas.

Hemsjukvården har under året samarbetat med Äldrevårdsenheten för att på bästa sätt implementera det nya arbetssättet. Det omfattar bland annat tätare uppföljningar, gemensamma hembesök och noggranna läkemedelsgenomgångar. Samtidigt har det inneburit en ökad arbetsbelastning för sjuksköterskorna, vilket har lett till att kommunen framfört behovet av att begränsa deras deltagande vid vissa typer av besök.

Även om samarbetet fortfarande är under utveckling ser kommunens sjuksköterskor positivt på Äldrevårdsenhetens team- och personcentrerade arbetssätt. 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. Bedömningen är att samarbetet mellan verksamheterna ger goda förutsättningar att långsiktigt förbättra vården för äldre med komplexa behov.

Modell för palliativ vård

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

Delprojektet resulterade i en gemensam samverkansmodell för palliativ vård i hemmet, vilken godkändes av TL-HSVO i april 2023. I samband med detta reviderades ViS-dokumentet "Palliativ vård i samverkan", och den nya modellen började tillämpas i september 2023.

Under 2024 har hemsjukvården haft fem gemensamma patienter med avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH), varav fyra i ordinärt boende och en på Estrids gård. Trots

det begränsade antalet patienter har samarbetet mellan kommunal primärvård och det specialiserade teamet visat sig bristfälligt, vilket även flera andra kommuner i länet rapporterat om. Legitimerad personal upplever främst att de fungerar som mottagare av beställningar snarare än att vara delaktiga i vårdens utformning. Brister i kommunikationen mellan verksamheterna har också identifierats, exempelvis kring läkemedelshantering, där kommunal primärvård inte alltid informeras om justeringar i tid. Detta utgör en direkt patientsäkerhetsrisk.

Med anledning av de gemensamma utmaningarna kring samverkan initierade MAS/MAR-nätverket ett dialogmöte i september 2024 med verksamhetschef för ASH och processledare för lokal samverkansgrupp (LSG) Palliativ vård. Syftet var att skapa en samsyn kring nuläget och tydliggöra tolkningen av ViS-riktlinjerna. Ett ytterligare möte anordnades i december, där representanter från kommunerna och de specialiserade teamen deltog för att fortsätta dialogen och förbättra förutsättningarna för framtida samverkan inom LAG och LSG.

För Knivsta är det ännu för tidigt att utvärdera om åtgärderna haft någon effekt. Under 2025 kan det dock bli nödvändigt att skapa en regelbunden lokal samverkan mellan kommunal primärvård och ASH för att ytterligare stärka samarbetet och minska patientsäkerhetsriskerna.

BPSD-registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) drabbar upp till 90 % av alla som lever med en kognitiv sjukdom eller demenssjukdom, och kan inkludera symtom som oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för både den drabbade personen och deras närstående samt vårdpersonal. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som används för att systematiskt observera, dokumentera och analysera dessa symtom, vilket ger både legitimerad personal och omsorgspersonal ett strukturerat verktyg för att förbättra omvårdnaden för personer med demenssjukdom. Registret hjälper till att skapa en tydlig struktur i omvårdnaden och identifiera individuella behov, vilket möjliggör mer personcentrerad vård. Genom att använda BPSD-registret kan personalen implementera evidensbaserade åtgärder och följa upp effekten av insatta vårdåtgärder, vilket leder till ökad livskvalitet för personer med demens. På Estrids gård har arbetet med BPSD-registret implementerats under 2024, och förhoppningen är att arbetssättet kan breddas under kommande år för att inkludera flera enheter och därmed patienter i behov.

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.

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. Inom hemsjukvården har dock flertalet riskanalyser utförts under året, bland annat för delegeringsprocessen, läkemedelshanteringen, hjälpmedelshanteringen, fysiska resurser samt för belastningstoppar. Riskanalyserna har framför allt utförts med anledning av att enheten upplevt ett ansträngt läge.

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.

Enheten för hemsjukvård

Under 2024 har hemsjukvården rapporterat en hög arbetsbelastning, delvis på grund av ökad vårdtyngd och svårigheter att täcka upp vid sjukskrivningar för legitimerad personal. Därtill har det under året varit en viss omsättning av chefer på grund av föräldraledighet och sjukskrivning. Legitimerad personals upplevelse av en ansträngd arbetssituation kan också delvis förklaras med en ökad medvetenhet om de krav och förväntningar som ställs, men där stressen ligger i att inte veta hur de ska leva upp till dem.

Ledningen har tagit enhetens oro på allvar och genomfört en riskanalys utifrån både ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv för att kartlägga risker samt koppla på åtgärder för att reducera risken att dessa övergår till faktiska brister. Analysen visade bland annat på behovet av daglig styrning genom ett nära och tydligt ledarskap, men också på vikten av att stärka resurserna och tydliggöra ansvarsfördelning samt arbetssätt för att bättre möta kraven.

Baserat på resultatet av riskanalysen upprättades en handlingsplan med aktiviteter för att hantera de identifierade utmaningarna. Samtliga aktiviteter har tydligt definierade ansvarsfördelningar, tidsplaner och prioriteringar, där aktiviteter med högst prioritet genomförs först. Regelbundna uppföljningar av socialchef, områdeschef, medicinskt ansvariga och berörd enhetschef har säkerställt att arbetet bedrivs strukturerat och att framsteg görs. Arbetet kommer behöva fortskrida under kommande år.

Men även om det finns utmaningar att hantera, pekar mycket på att det görs framsteg inom enheten, om än i olika takt. För att ytterligare stärka förutsättningarna beslutades under hösten 2024 om att utöka enhetens grundbemanning med en ytterligare sjukskötersketjänst och att tillsätta en visstidsanställning för sjuksköterska under ett år. Dessa resursförstärkningar syftar till att minska arbetsbelastningen och frigöra tid för administrativt och samordnande stöd, vilket kan skapa bättre möjligheter för både legitimerad personal och chef att fokusera på sina

uppgifter. Försöket att avlasta legitimerad personal genom att använda en specialistundersköterska på enheten avslutades vid årsskiftet, då det inte gav den avlastning som var avsedd.

Genom ett strukturerat arbete och förändrade arbetssätt förväntas de identifierade utmaningarna gradvis minska. Tydligt och närvarande ledarskap tillsammans med en fortsatt dialog kommer dock vara avgörande för att säkerställa en hållbar utveckling och hög patientsäkerhet inom enheten.

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 hemsjukvården har varje sjuksköterska patientansvar för drygt 27-30 patienter, beroende på inskrivningar och vårdtyngd.

Under 2024 har hälso- och sjukvårdsinsatserna och vårdtyngden ökat, vilket utmynnat i en utökning av grundbemanningen. Från och med 2025 kommer varje sjuksköterska att ha ansvar för 20–24 patienter. Dessutom tillsätts en visstidsanställning för sjuksköterska under ett år. En undersköterska med samordningsansvar avlastar enheten genom att hantera 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.

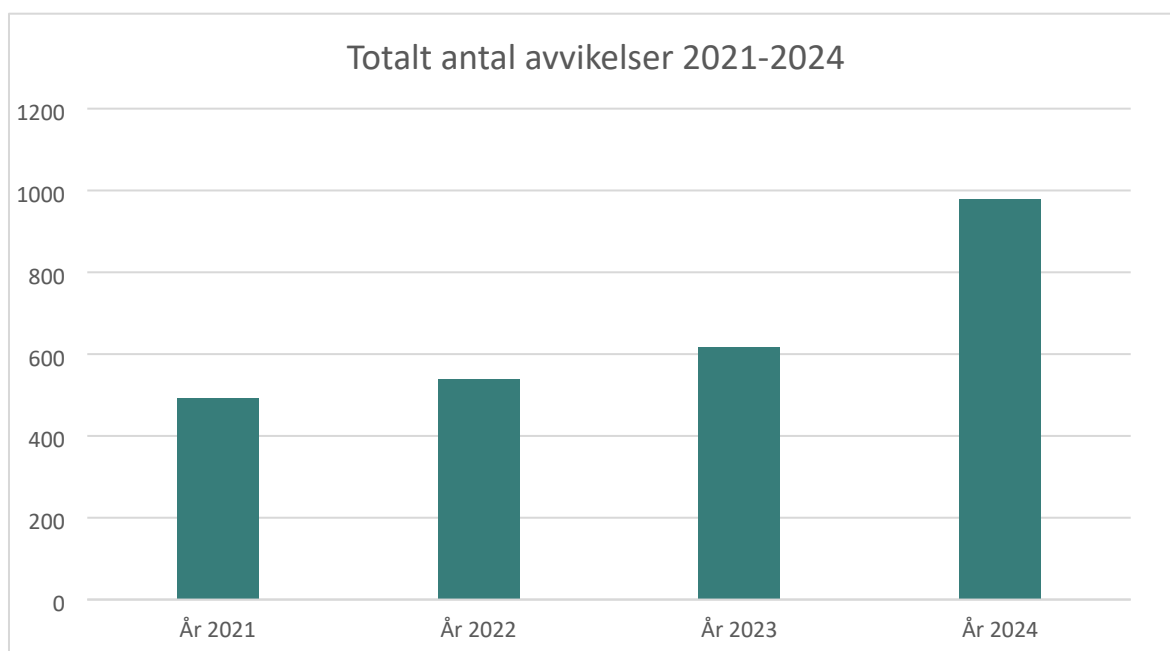
Omsättningen av framför allt sjuksköterskor påverkar patientsäkerhetsarbetet negativt. Under året har hemsjukvården tappat kompetens genom långtidsfrånvaro och uppsägningar. Rekrytering av vikarier har varit en utmaning, och mycket tid har lagts på introduktion av ny personal. För att upprätthålla kompetens och kvalitet har enheten därför tillfälligt använt konsultbemanning. Enheterna arbetar kontinuerligt 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.

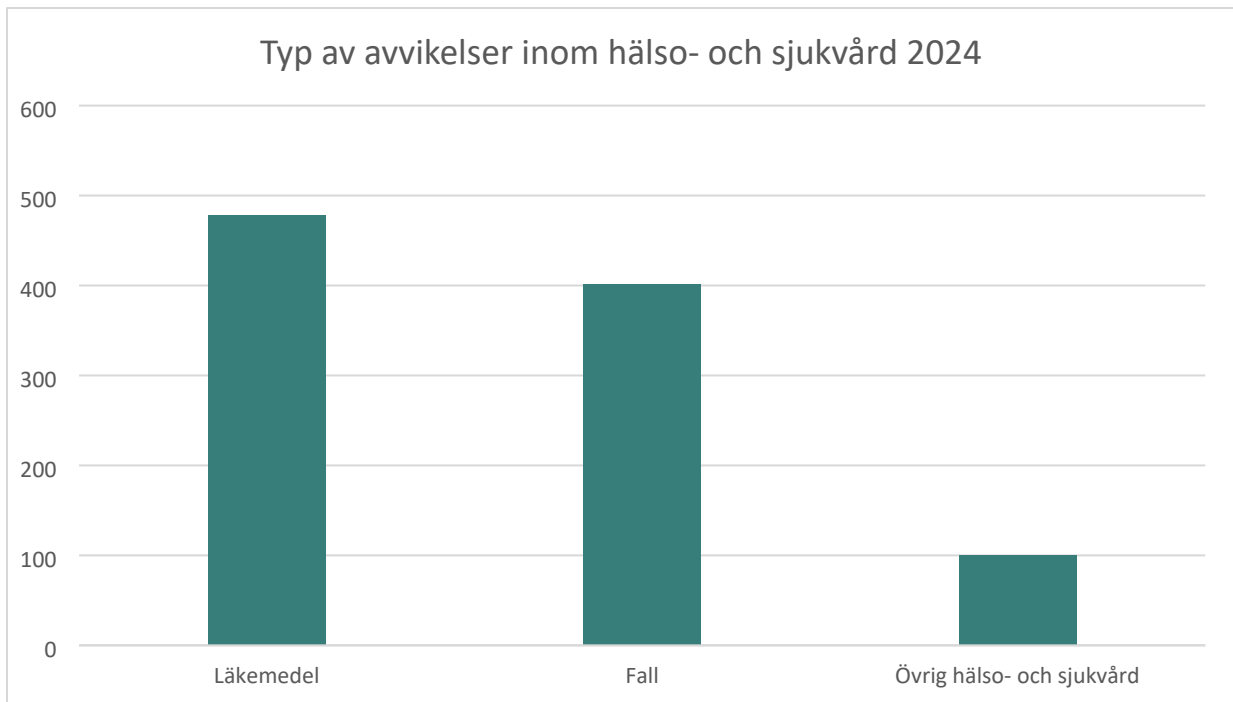


Avvikelser



Tabellen beskriver samtliga inrapporterade avvikelser enligt HSL oavsett kategori under åren 2021 till 2024.

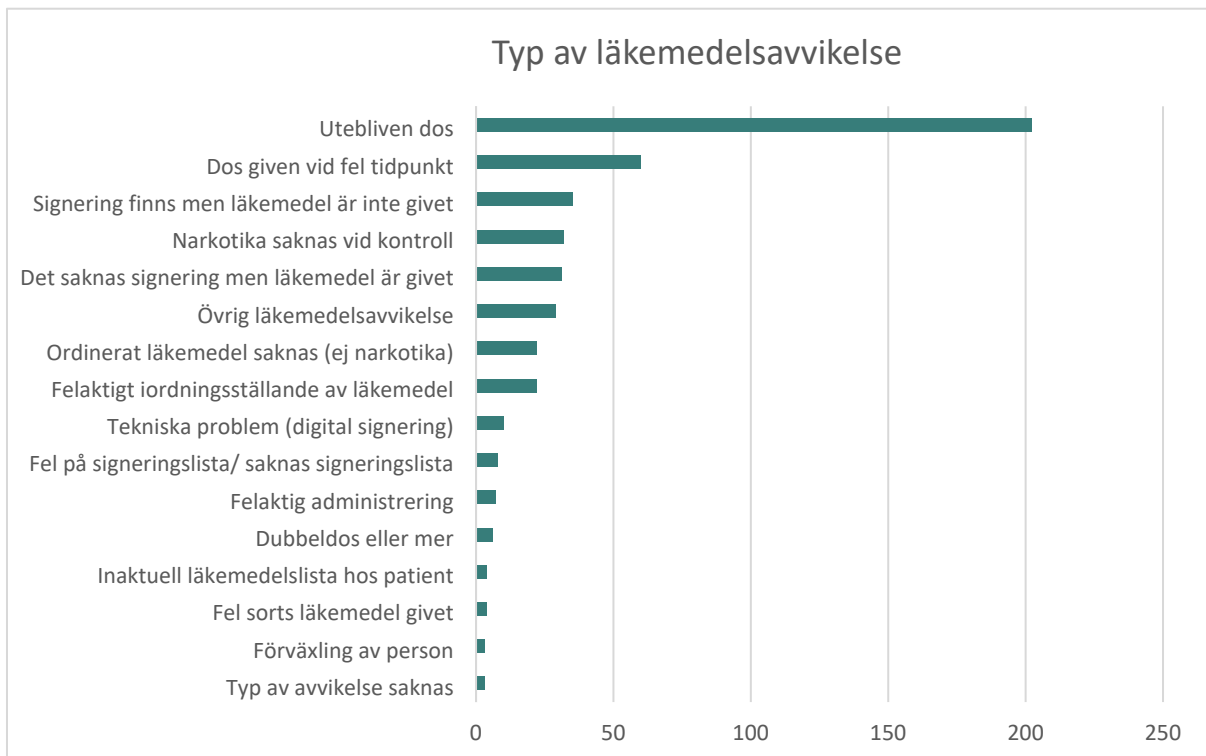
Inom Vård- och omsorgskontoret finns en god rapporteringskultur av avvikelser. Avvikelse rapporteringen följer samma trend som de senaste åren och fortsätter att öka under 2024. Jämfört med 2023 har antalet avvikelser rapporter ökat med drygt 58 %. Det är dock viktigt att understryka att denna ökning inte nödvändigtvis innebär att fler avvikelser faktiskt inträffar inom verksamheterna. Ökningen speglar snarare en förbättrad rapporteringsbenägenhet som ett resultat av den omfattande utbildningssatsning inom avvikelserområdet som genomfördes under våren 2024. Utbildningen har ökat medarbetarnas kunskap om vad som definierar en avvikelse samt varför och hur dessa ska rapporteras. Den förväntade ökningen av rapporterade avvikelser är därför ett tecken på en positiv utveckling i rapporteringskulturen snarare än en ökning av faktiska avvikelser.



Tabellen beskriver antal rapporterade avvikelser och upprättade utredningar inom de olika typerna av hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2024.

Läkemedel och fallincidenter stod för cirka 90 % av alla HSL-avvikelser under 2024. Det går också att se en ökad rapportering av HSL-avvikelser inom kategorin övrig hälso- och sjukvård med drygt 92 % jämfört med 2023. Resultat och analys redovisas under respektive avvikelseyp.

Läkemedelsavvikelser



Tabellen beskriver de olika typerna av läkemedelsavvikelserna i antal som rapporterats in under 2024.

Inom området för läkemedelsavvikelser är de mest frekvent förekommande avvikelserna utebliven dos samt att doser administrerats vid fel tidpunkt. Utebliven dos utgör 42 % av alla rapporterade läkemedelsavvikelser och cirka 21 % av samtliga avvikelser enligt HSL, vilket överensstämmer med hur det såg ut vid halvårsrapporten. Som jämförelse utgjorde uteblivna doser 40 % av alla läkemedelsavvikelser och drygt 16 % av alla HSL-avvikelser under helåret 2023.

Orsakerna till att utebliven dos är den vanligaste läkemedelsavvikelsen kan sannolikt fortsatt förklaras av brister i rutinföljsamhet samt i korrekt användning av det digitala signeringssystemet. En annan faktor som bidrar till att utebliven dos utgör en större del av avvikelserna enligt HSL är att det kan finnas en större underrapportering av avvikelser som ska rapporteras enligt HSL inom andra områden, till exempel inom hygien och dokumentation.

Under 2024 uppgick andelen signerade läkemedelsinsatser i det digitala signeringssystemet till 95 %, varav 88 % administrerades inom korrekt tidsram. Detta är en förbättring jämfört med 2023, då andelen signerade insatser också uppgick till 95 % men endast 81 % av dessa utfördes inom rätt tidsram. Av de 5 % som förblev osignerade under 2024 uppskattas cirka 2,33 % vara uteblivna doser, vilket är en ökning både från halvårsrapporten 2024 och helåret 2023. I denna siffra exkluderas doser som inte administrerats på grund av att de avböjts av patienten eller av andra anledningar inte kunnat utföras. Det ska också nämnas att ej administrerade doser i det digitala systemet inte nödvändigtvis innebär att patienten inte erhållit sina läkemedel. Faktorer som missade signeringar eller insatser som inte pausats i systemet, exempelvis när en patient är frånvarande på grund av vård inom slutenvården, kan påverka dessa siffror.

En positiv trend är att antalet rapporterade avvikelser av uteblivna doser har ökat med hela 106 % jämfört med 2023. Men trots detta indikerar siffrorna fortfarande en potentiell underrapportering av avvikelser, då endast cirka 5 % av de identifierade uteblivna doserna i det digitala signeringssystemet har resulterat i att en avvikelse rapporterats. Det faktiska antalet kan dock vara något högre, eftersom många av de registrerade avvikelserna innehåller en sammanställning av flera händelser under en avgränsad tidsperiod. Jämfört med 2023, då 3,5 % av uteblivna doser rapporterades som avvikelser, är detta dock en utveckling i rätt riktning.

Vidare går det att se en ökad rapporteringsbenägenhet vad gäller även andra typer av läkemedelsavvikelser jämfört med föregående år, som exempelvis när dos ges vid fel tidpunkt samt när det saknas signering men där läkemedel är givna.

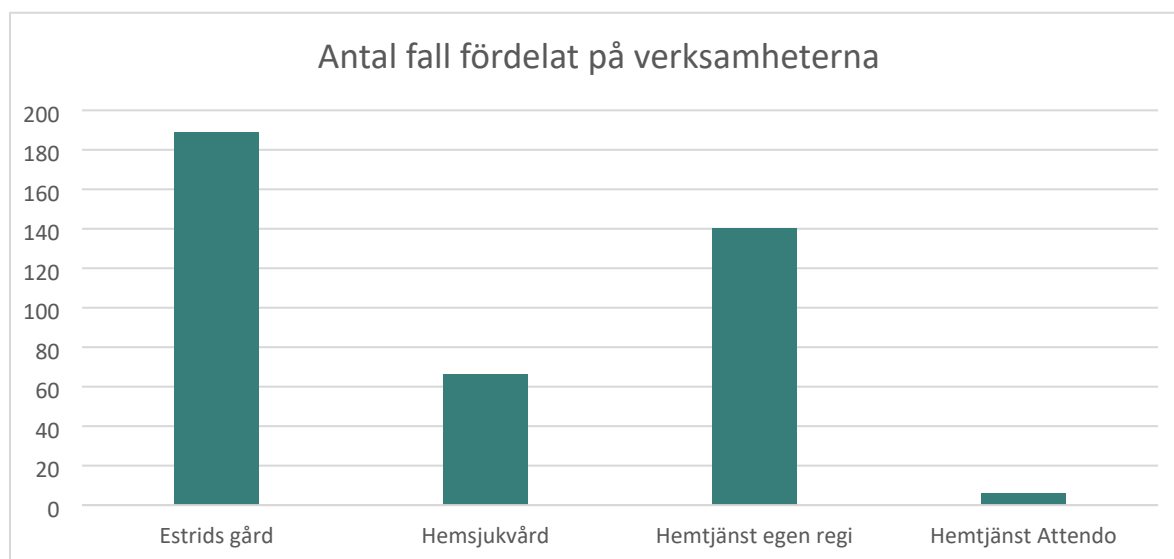
Ökningen av uteblivna doser har huvudsakligen skett inom hemtjänsten i egen regi, som under 2024 stod för cirka 95 % av alla uteblivna doser, jämfört med 63 % under helåret 2023. Delvis skulle ökningen hos hemtjänsten kunna bero på en ökad följsamhet i övriga verksamheter. Men det kan också bero på att hemtjänstens volym av stående läkemedelsinsatser ökat med cirka 74 % under 2024, jämfört med 2023. Trots en volymökning inom området har dock andelen signerade insatser stigit något, från 89 % till 91 %. Samtidigt har en större andel doser administrerats inom korrekt tidsram, med en ökning från 77 % till 83 %. Den genomsnittliga avvikelsen i tid har minskat från 45 minuter 2023 till 17 minuter 2024. Så trots att hemtjänsten står för majoriteten av de uteblivna doserna, ses en positiv trend som indikerar ett pågående förbättringsarbete inom enheten. Ytterligare riktade åtgärder och uppföljning är dock nödvändiga.

Avvikelsen att narkotika saknas vid kontroll är fortsatt framträdande. Utredningar visar dock att dessa avvikelser sällan beror på faktiska förluster av narkotika, utan oftast på bristande följsamhet vid signering och användarfel i det digitala signeringssystemet. Vanliga orsaker till avvikelserna är missade eller felaktiga signeringar samt utebliven dokumentation i narkotikajournalen vid leverans och vid uttag. I vissa fall har personalen inte kunnat signera på grund av uteblivna uppdateringar av systemet. Under maj månad tillkom en ny funktion i det digitala signeringssystemet som minskar användarfel kopplade till uttag, vilket minskat antalet avvikelser under andra halvan av 2024.

De bakomliggande orsakerna till läkemedelsavvikelser uppges bero på flera olika faktorer. För hemsjukvården har de vanligaste orsakerna varit felaktigt iordningsställande av läkemedel samt bristande säkerställande av kompetens, ofta kopplat till hög arbetsbelastning som leder till att viktiga kontrollmoment och arbetsuppgifter, som signering av insatser och planering av besök som kräver delegerad personal, ibland hoppas över. Lyckåsen och Dadelvägen har rapporterat att bristande kunskap och användning av det digitala signeringssystemet samt bristande kommunikation mellan professioner är vanliga orsaker. Även en hög omsättning av sjuksköterskor som påverkar kontinuiteten i arbetet lyfts fram som en bidragande faktor. Hemtjänsten uppger att orsaken till rapporterade avvikelser avseende uteblivna doser många gånger beror på att signeringar uteblivit.

För att hantera dessa utmaningar har verksamheterna vidtagit flera åtgärder. Inom hemsjukvården har man bland annat sett över rutiner för delegeringar och HSL-beställningar för att säkerställa att personalen har rätt kompetens och att insatserna kommuniceras korrekt till utförare. En extra sjuksköterska har också tillsatts för att förbättra förutsättningarna för iordningsställande av läkemedel. Inom hemtjänsten har insatserna fokuserat på att förbättra kunskapen om det digitala signeringssystemet och att stärka kommunikationen mellan professioner. För att ytterligare stötta arbetet har individuella samtal och gruppdiskussioner på APT genomförts, och påminnelser ges dagligen och under APT-möten.

Fallavvikelser



Tabellen beskriver antalet inrapporterade fall fördelade på respektive verksamhet under 2024.

Fallavvikelser utgör 41 % av alla inrapporterade avvikelser enligt HSL. Det totala antalet rapporterade fall har ökat jämfört med föregående år, vilket kan förklaras av en förbättrad

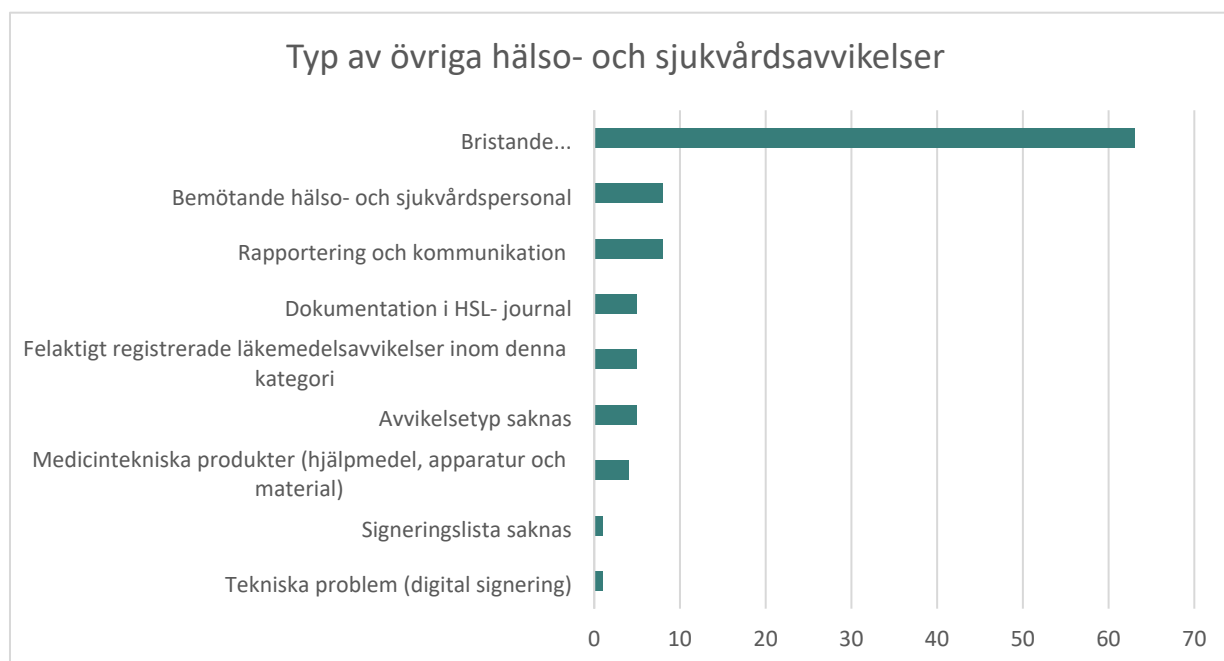
avvikelse- och sjukvårdsrapportering. Av dessa fallavvikelser står Estrids gård för 47 % och hemtjänsten i egen regi för 35 % av de rapporterade incidenterna. På Estrids gård fördelar sig fallen enligt följande: omvårdningsplatserna utgör 41 %, korttidsenheten 43 % och demensavdelningen 16 %. Majoriteten av fallen sker i den egna bostaden, där sovrummet, det boendes rum och toaletten är de vanligaste platserna.

De allra flesta fall resulterar inte i några synliga skador, men vid sju fallincidenter har skador rapporterats. Av dessa behövde tre personer sjukhusvård, en person drabbades av fraktur i bäcken och lårben, en annan av misstänkt spricka i bäckenet och en tredje behövde sys. Övriga fyra fall ledde till mjukdelsskador.

Följsamheten till rapportering, utredning och uppföljning av fall är hög. Utredningarna visar att de vanligaste orsakerna till fall är underliggande sjukdomar, försämrat hälsotillstånd samt nedsatt kognitiv förmåga och balans. Andra bidragande orsaker inkluderar att patienten inte använt ordinerade hjälpmedel eller inte larmat för stöd vid förflyttning.

För att minska antalet fall är det fallpreventiva arbetet avgörande. Det finns dock indikationer på att detta arbete inte alltid utförs i önskad omfattning. Hälsoplaner med fallförebyggande åtgärder och riskbedömningar saknas i många fall. Dessutom kan följsamheten till åtgärder vara särskilt utmanande för personer med nedsatt kognitiv förmåga. Samtliga enheter behöver fortsätta stärka det fallpreventiva arbetet genom att tidigt identifiera personer med ökad fallrisk, genomföra riskbedömningar och implementera lämpliga åtgärder. När en fallincident inträffar är det viktigt att utredningar genomförs för att kartlägga direkta och bakomliggande orsaker, så att relevanta fallförebyggande insatser kan sättas in på ett effektivt sätt.

Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser



Tabellen visar vilka typer av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser som har rapporterats in under 2024.

Analysen av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser visar på flera framträdande mönster. Denna kategori har ökat med 92 % jämfört med 2023, vilket kan ses som ett tecken på ökad benägenhet att rapportera avvikelser inom denna kategori. Ökningen har dock planat ut under

hösten, då den under första halvåret uppgick till hela 200 % jämfört med samma period under 2023. Trots ökningen indikerar flera områden att det fortfarande finns en underrapportering inom dessa avvikelsetyper.

Tydliga exempel är bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, förekomst av trycksår samt dokumentation i HSL-journal. Trots att brister har identifierats inom områdena har inga eller mycket få avvikelser rapporterats. Liknande mönster observeras inom kategorin bristande eller utebliven behandling, omvårdnad och rehabilitering. Avvikelserna inom denna kategori rapporteras huvudsakligen från Estrids gård (68 %) samt hemtjänsten i egen regi (32 %). Även om antalet rapporterade avvikelser inom denna kategori har ökat, pekar det på en fortsatt underrapportering, vilket styrks av data från det digitala signeringssystemet.

Inom rehabiliteringsområdet blir denna diskrepans särskilt tydlig. Andelen signerade insatser ligger på 79 %, varav 67 % genomförs inom korrekt tidsram. Därtill visar statistiken att minst 217 rehabiliteringsinsatser uteblivit enligt det digitala signeringssystemet. Denna siffra exkluderar insatser som avböjts av patienten eller som av olika skäl inte kunnat genomföras. Trots detta har endast 63 avvikelser inom kategorin utebliven omvårdnads- eller rehabiliteringsinsats rapporterats, vilket tyder på att det finns fortsatt utrymme för förbättring.

Vidare verkar det finnas en möjlig underrapportering av avvikelser gällande dokumentation i HSL-journaler. Endast fem avvikelser har rapporterats inom denna kategori, trots att flera utredningar och granskningar har påvisat brister. Inom hygienområdet, som exempelvis basala hygienrutiner och klädregler (BHK) samt vårdrelaterade infektioner, finns också tydlig underrapportering. Trots att BHK-mätningar och infektionsregistreringar visar att följsamheten inte varit fullständig, har inga avvikelser inom denna kategori rapporterats under 2024.

De bakomliggande orsakerna till avvikelserna i denna kategori uppges vara flera.

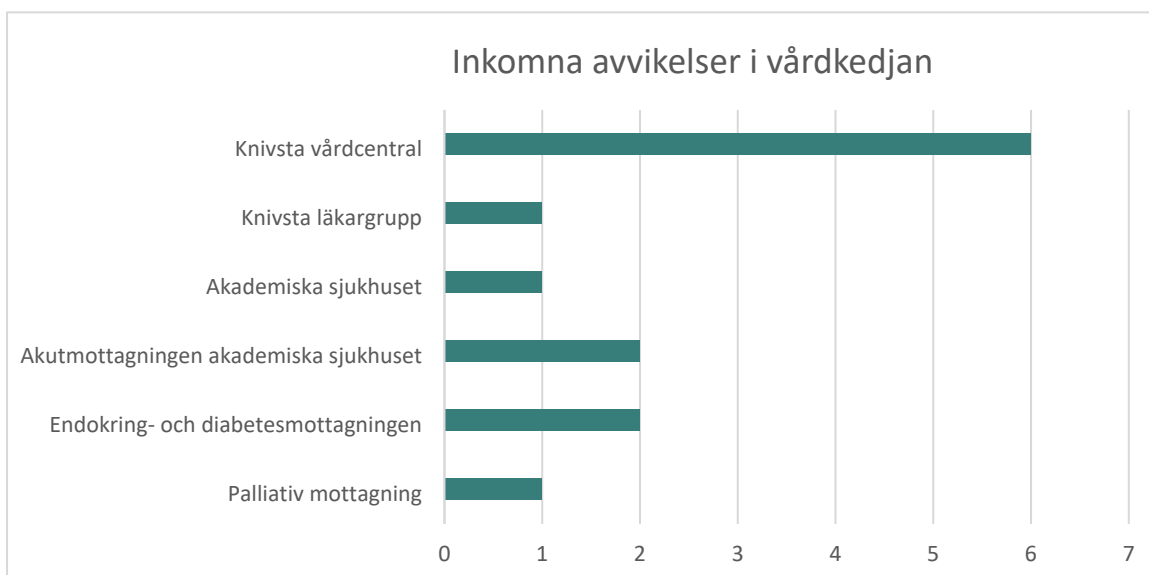
Verksamheterna rapporterar att personalen ofta prioriterar andra medicinska insatser, såsom läkemedelsadministrering, framför rehabiliteringsinsatser. Detta beror delvis på bristande kunskap om hur rehabiliteringsinsatser påverkar hälsa och bibehåller funktion. Andra orsaker inkluderar svårigheter att följa samtliga moment som ska utföras, bristande kommunikation mellan personal, samt utmaningar i samarbetet mellan olika enheter, både internt och externt.

För att hantera dessa utmaningar har verksamheterna vidtagit flera åtgärder. Estrids gård har exempelvis ökat fysioterapeuternas närvaro, vilket möjliggör handledning och utbildning av personal under arbetsplatsträffar, samt infört rutiner för att dokumentera orsaken till uteblivna insatser. Hemsjukvården har i sin tur vidtagit åtgärder för att förbättra samarbetet och följsamheten till utskrivningsprocessen samt genomfört en översyn av delegeringsprocessen.

Avvikelser i vårdkedjan



Tabellen beskriver antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan under åren 2021–2024.



Tabellen beskriver antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan samt från vilka verksamheter under 2024.

Under 2024 har 13 avvikelser i vårdkedjan rapporterats till Vård- och omsorgskontoret, vilket är en betydande ökning jämfört med föregående år. De rapporterade avvikelserna rör främst bristande följsamhet till rutiner, bristande efterlevnad av läkemedelsordinationer samt otillräckliga bedömningar som har resulterat i fördröjd vård och behandling. I ett fall lyftes även patientens upplevelse av dåligt bemötande av personalen.

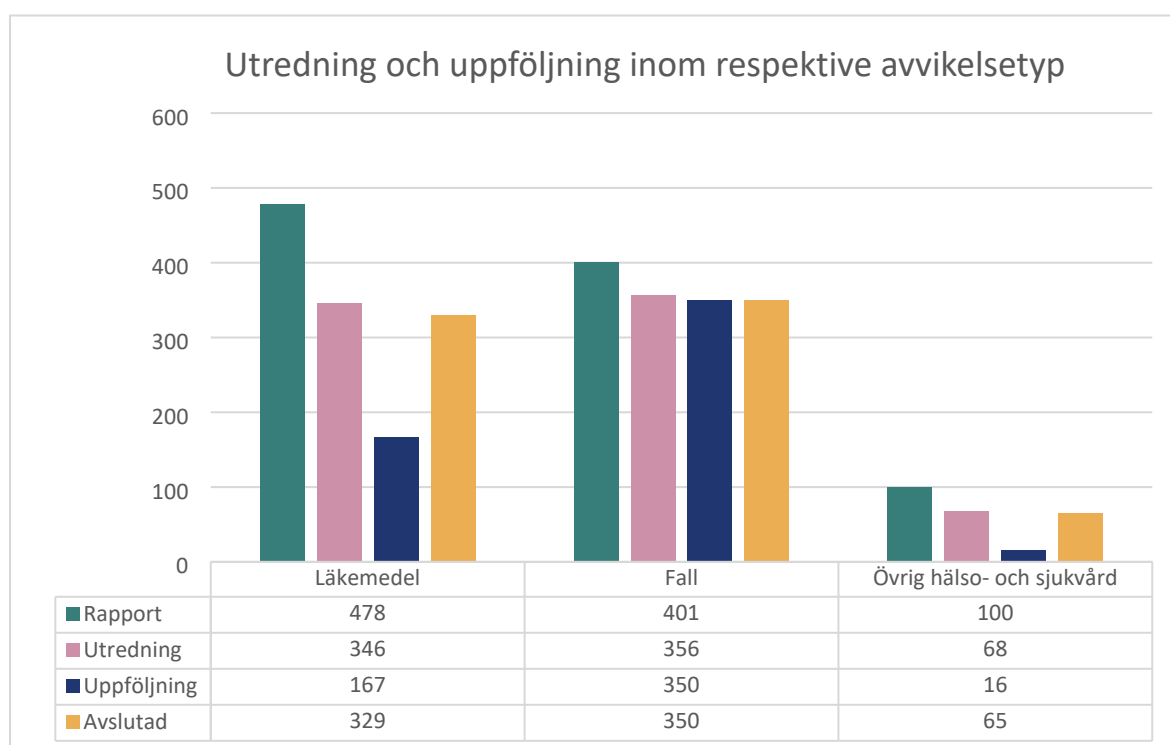
Efter utredning har fem av avvikelserna bedömts ha en betydande allvarlighetsgrad, varav två har resulterat i en anmälan till IVO enligt lex Maria. Samtliga avvikelser utom en har visat att verksamheten brustit i sina åtaganden. I det enda undantagsfallet kunde det konstateras att enheten agerade korrekt och att det inte var en avvikelse.

Den ökade mängden rapporterade avvikelser behöver analyseras vidare för att identifiera bakomliggande orsaker. Det är dock möjligt att en kombination av stressade arbetsituationer och en minskad samverkan med den regionala primärvården jämfört med 2023 har bidragit till ökningen. Oavsett orsaker är det fortsatt viktigt att övervaka och utvärdera avvikelser i vårdkedjan för att kunna identifiera trender och mönster. Detta arbete är avgörande för att

säkerställa att vidtagna åtgärder leder till långsiktiga förbättringar, men också för att snabbt kunna identifiera och hantera nya utmaningar.

Vård- och omsorgskontoret har under året även identifierat och vidarebefordrat 21 avvikelser i vårdkedjan till Region Uppsala. Av dessa avvikelser rör drygt 43 procent slutenvården, där brister i utskrivningsprocessen har försvårat kommunens planering inför patienternas utskrivning. Drygt 33 procent riktas till öppenvården och handlar framför allt om bristande kommunikation, där information till hemsjukvården har uteblivit efter att patienter varit på mottagningsbesök och fått läkemedelsjusteringar. Den bristande kommunikationen har i flera fall lett till fördröjd behandling. Övriga avvikelser är mer utspridda och rör enstaka händelser.

Utredning och uppföljning



Tabellen visar följsamheten till hela avvikelseprocessen från upprättad avvikelse till utredning och uppföljning och därefter avslutad rapport under 2024.

Under 2024 har hanteringen av avvikelser förbättrats. Drygt 79 % av de registrerade avvikelserna har en påbörjad utredning, vilket är en tydlig ökning jämfört med 53 % för 2023. Denna ökning tyder på en bättre och mer effektiv process för att hantera rapporterade avvikelser. En påbörjad utredning innebär dock inte att processen är avslutad, utan enbart att utredningen har påbörjats. Därtill ska noteras att en påbörjad utredning inte heller återspeglar utredningens kvalitet. Granskningar visar att det fortfarande finns förbättringspotential vad gäller kvaliteten i utredningarna, då många avvikelser fortfarande uppvisar brister i det insamlade materialet. Det krävs därför fortsatta insatser för att säkerställa att utredningar inte bara öppnas utan även att de genomförs med rätt nivå av detaljer och analys. Detta är avgörande för att skapa en hållbar förbättring i avvikelshanteringen och säkerställa att åtgärder vidtas på ett sätt som leder till verkliga förbättringar på enheten och för patientsäkerheten.

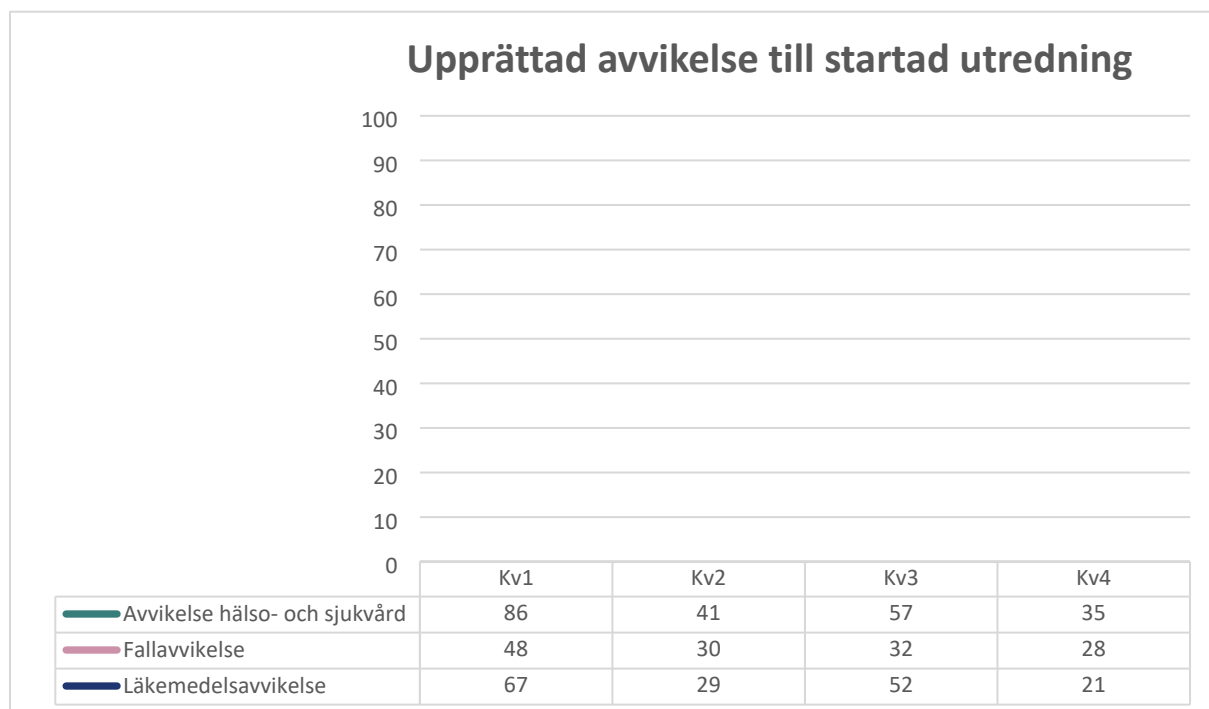
Av de avvikelser som har en upprättad utredning har 60 % också en uppföljning, vilket är ett positivt resultat men lämnar fortsatt utrymme för förbättringar. Det bör då noteras att läkemedelsavvikelser inte kunde följas upp i systemet förrän efter den 3 juni 2024, på grund av systemtekniska begränsningar. Detta har påverkat det totala resultatet för uppföljning negativt och kan även förklara varför det inom läkemedelsområdet och övrig hälso- och sjukvård finns fler avslutade avvikelser än genomförda uppföljningar. Tidigare har det varit möjligt att avsluta avvikelse rapporter direkt efter utredning utan krav på en uppföljning.

Den systemtekniska förändring som implementerades i juni 2024, och som nu kravställer en enhetlig process för alla avvikelse typer – från rapport och utredning till uppföljning och avslut – förväntas bidra till en mer heltäckande uppföljning framöver. Detta innebär att andelen dokumenterade uppföljningar av avvikelser sannolikt kommer att öka i kommande rapporter.

Området för fall utmärker sig dock med en särskilt hög följsamhet till processen. Av de rapporterade avvikelser inom området har 89 % en påbörjad utredning, och uppföljning har genomförts i hela 98 % av fallen där en utredning finns. Detta indikerar att arbetet med fallavvikelser är både systematiskt och väl integrerat i verksamheten.

Det är också viktigt att notera att avvikelser som vid rapporttillfället, tidpunkten för uthämtande av underlag, saknar utredning eller uppföljning inte nödvändigtvis betyder att de inte kommer att hanteras. Arbetet med att slutföra hela processen för samtliga avvikelser pågår kontinuerligt. Eftersom avvikelser upprättas, utreds och bedöms samt avslutas vid olika tidpunkter, beroende på när uppgifterna hämtas från systemet, är det dessutom osannolikt att siffran någonsin kommer att nå 100 %. Dock finns det fortsatt utrymme för förbättringar och för att ytterligare stärka följsamheten till avvikelseprocessen krävs därför ett fortsatt utvecklingsarbete, på både strategisk och operativ nivå, under de kommande åren.

Led- och utredningstid



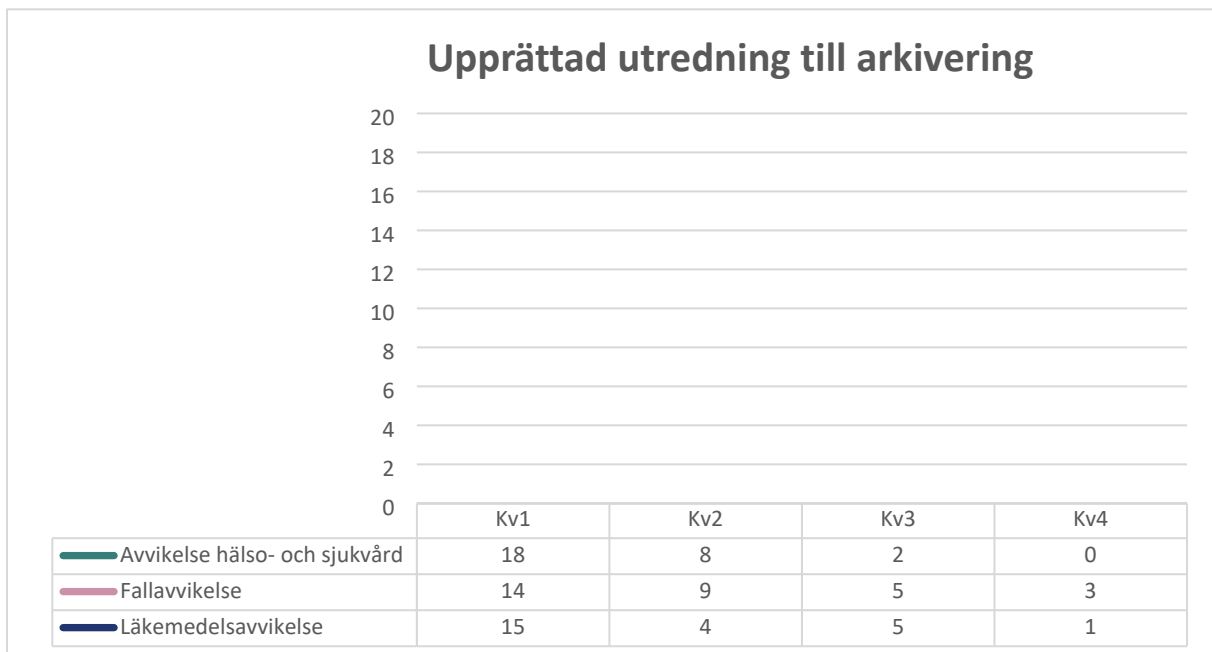
Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från att avvikelsen upprättas till startad utredning. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2024.

Under 2024 har genomsnittstiden från att en avvikelse registreras till dess att en utredning påbörjats minskat avsevärt, vilket visar på en tydlig förbättring i hanteringen av avvikelser. Totalt sett har genomsnittstiden sjunkit från 67 dagar i kvartal 1 till 28 dagar i kvartal 4, en minskning med cirka 58 %. Denna positiva trend kan observeras i samtliga avvikelse typer.

Enligt den gällande rutinen för avvikelsehantering ska en utredning påbörjas inom två veckor (14 dagar) från att en avvikelse rapporteras. Jämfört med detta mål visar resultatet att det fortfarande finns utmaningar i att uppnå full följsamhet. Trots förbättringar under året överstiger genomsnittstiden två veckor för alla avvikelse typer i samtliga kvartal. Det är positivt att utvecklingen går åt rätt håll, med en tydlig minskning av handläggningstiden kvartal för kvartal.

För avvikelser inom hälso- och sjukvården, som generellt sett har den längsta handläggningstiden, minskade antalet dagar från 86 i kvartal 1 till 35 i kvartal 4 – en förbättring med cirka 59 %. Även för fallavvikelser har tiden minskat, från 48 dagar i kvartal 1 till 28 dagar i kvartal 4, vilket motsvarar en minskning med cirka 42 %. Den mest påtagliga förbättringen ses dock inom läkemedelsavvikelser, där genomsnittstiden reducerades från 67 dagar i kvartal 1 till 21 dagar i kvartal 4, en minskning med cirka 69 %. Trots denna positiva utveckling ligger genomsnittstiderna fortfarande långt över rutinkravet.

Resultaten indikerar att åtgärder för att effektivisera avvikelsehanteringen har haft god effekt, men att ytterligare insatser behövs för att nå full följsamhet gentemot rutinen. Särskilt avvikelser inom hälso- och sjukvården, där komplexiteten ofta är större, kräver fortsatt analys för att identifiera och hantera eventuella utmaningar i processen. Det är också viktigt att upprätthålla de goda resultat som uppnåtts inom läkemedels- och fallavvikelser.



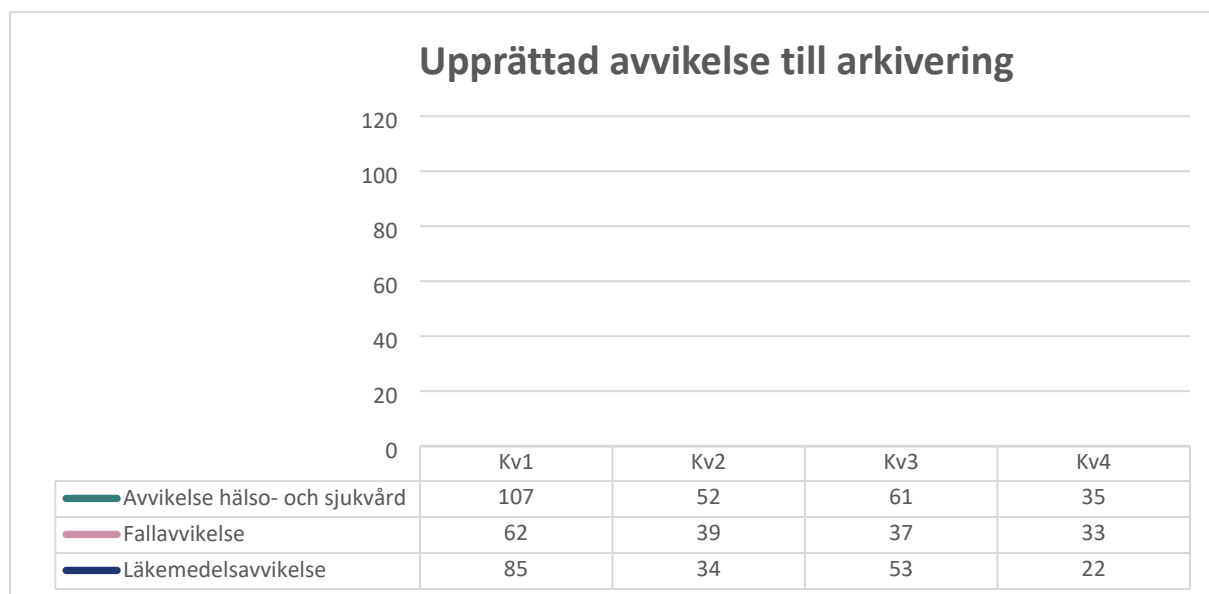
Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från upprättad utredning till arkivering. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2024.

De genomsnittliga ledtiderna från att en utredning upprättats till att avvikelsen arkiverats har kraftigt reducerats under året. Resultaten, med en genomsnittstid på 15 dagar i kvartal 1 och endast 2 dagar i kvartal 4, indikerar mycket korta ledtider som väcker frågor om kvaliteten i

utredningar samt om åtgärder och uppföljningar genomförs på ett sätt som säkerställer långsiktiga förbättringar.

För att bedöma effekterna av vidtagna åtgärder krävs ofta tid och en systematisk uppföljning, vilket inte framgår av dessa korta ledtider. Verksamheterna uppger dock att utredningar och åtgärder ibland genomförs parallellt med det löpande arbetet och att dokumentation av både utredning och uppföljning därefter sker i nära anslutning till varandra, vilket skulle kunna förklara resultatet men skulle även då kunna ge en missvisande bild av verkligheten.

Det kommer behövas fortsatt stöd från sakkunniga under året för att ytterligare stärka det systematiska arbetet och förbättra kvaliteten i både utredningar och uppföljningar.



Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från att avvikelsen upprättas till arkiveringen. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2024.

Under 2024 har ledtiden från upprättad avvikelse till arkivering minskat avsevärt, vilket tyder på en markant förbättring i effektiviteten kring avvikelsehantering. Den genomsnittliga ledtiden för alla avvikelse typer har minskat från drygt 85 dagar i kvartal 1 till 30 dagar i kvartal 4, en minskning med cirka 65 %. Denna förbättring är tydlig, men det finns variationer beroende på avvikelse typ.

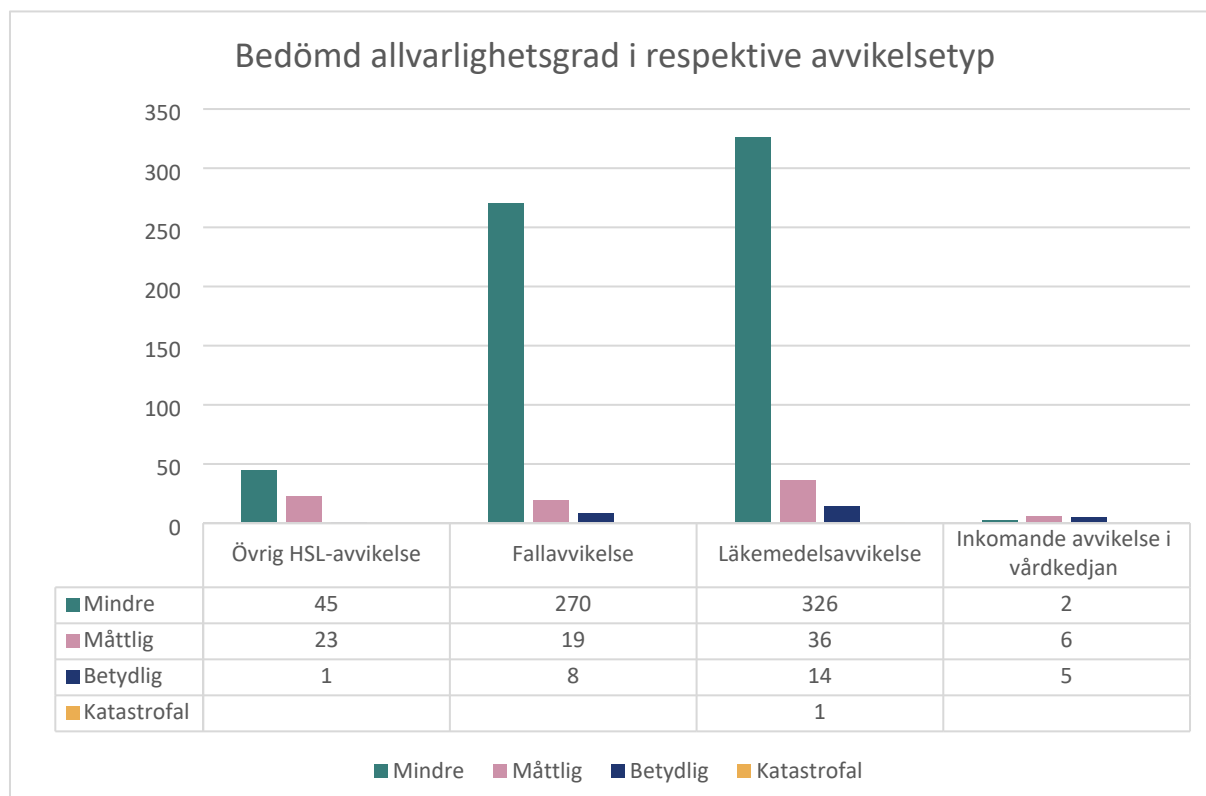
För hälso- och sjukvårdsavvikelser, som har haft den längsta handläggningstiden, minskade ledtiden från 107 dagar i kvartal 1 till 35 dagar i kvartal 4, en minskning med 67 %. För fallavvikelser minskade ledtiden från 62 dagar i kvartal 1 till 33 dagar i kvartal 4, vilket motsvarar en minskning på 47 %. För läkemedelsavvikelser var förbättringen mest markant, där genomsnittstiden minskade från 85 dagar i kvartal 1 till 22 dagar i kvartal 4, en minskning med hela 74 %.

Det är dock viktigt att beakta att dessa resultat är beroende av ledtiderna inom olika delar av avvikelseprocessen, särskilt från registrerad avvikelse till påbörjad utredning samt från upprättad utredning till avslutad avvikelse. Den första delen – tiden från registrering till påbörjad utredning – är särskilt avgörande. Långa ledtider här kan försvåra hanteringen av avvikelser, eftersom de inblandade kan ha svårt att komma ihåg detaljer om händelseförloppet om det har gått lång tid. Detta innebär också en potentiell patientsäkerhetsrisk då det kan fördröja åtgärder eller i värsta fall leda till att åtgärder inte vidtas alls. De totala ledtiderna för

avvikelsehanteringen skulle däremot kunna variera i större utsträckning utan att det nödvändigtvis skulle innebära att avvikelsehanteringen är av sämre kvalitet.

Sammanfattningsvis visar resultaten på en betydande förbättring i avvikelsehanteringen, men det krävs fortsatt arbete under kommande år för att säkerställa både systematik, effektivitet och kvalitet genom hela processen.

Allvarlighetsgrad



Tabellen beskriver antalet bedömningar av allvarlighetsgrad inom respektive avvikelsetyp under 2024.

Under 2024 har drygt 79 %, inklusive inkommande avvikelser i vårdkedjan, en bedömning av allvarlighetsgrad enligt skalan mindre-måttlig-betydlig-katastrof. Detta utgör en betydande förbättring jämfört 2023, då motsvarande siffra var drygt 53 %. Denna ökning kan delvis förklaras av att tidigare brister i avvikelsehanteringen har uppmärksammats, vilket lett till ett ökat fokus på att följa den tilltänkta processen för bedömning och hantering av avvikelser. Detta har resulterat i att verksamheterna i större utsträckning har följt rutinerna och säkerställt att allvarlighetsgraden bedöms.

De flesta rapporterade avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär, där cirka 85 % bedöms tillhöra den lägsta allvarlighetsgraden. Endast knappt 5 % av avvikelserna bedöms vara av allvarligare karaktär. Det är positivt att även mindre allvarliga avvikelser uppmärksammas och hanteras, då detta bidrar till att förbättra kvaliteten i verksamheten. Samtidigt finns det indikatorer på att vissa allvarligare avvikelser potentiellt kan underrapporteras, vilket delvis kan bero på att deras allvarlighetsgrad underskattas i de interna bedömningarna.

När det gäller inkommande avvikelser i vårdkedjan är fördelningen annorlunda. Här bedöms drygt 38 % av avvikelserna vara av allvarligare karaktär, medan endast cirka 15 % bedöms tillhöra den lägsta allvarlighetsgraden. Denna skillnad kan behöva analyseras vidare, men en möjlig förklaring är att andra vårdgivare i högre grad tenderar att rapportera avvikelser av mer

allvarlig karaktär när det inte rör den egna verksamheten. Det är vanligt att orsaker som tidsbrist och den omfattande arbetsinsats som krävs för att rapportera och följa upp avvikelser lyfts fram som skäl till att mindre allvarliga avvikelser till andra vårdgivare prioriteras bort.

Det ska dock noteras att en bedömning inte har genomförts för samtliga rapporterade avvikelser inom tidsperioden. Detta behöver dock inte innebära att dessa avvikelser inte kommer att bedömas, utan indikerar snarare en fördröjning i utredningsprocessen. Eftersom bedömningen av allvarlighetsgraden är obligatorisk, kan en avvikelse inte avslutas i systemet förrän denna bedömning är utförd.

Förbättringarna inom området återspeglar en ökad följsamhet till avvikelserutinerna och en stärkt medvetenhet kring betydelsen av att bedöma allvarlighetsgraden. För att upprätthålla och ytterligare förstärka denna positiva utveckling krävs dock fortsatt systematisk uppföljning samt stöd från sakkunniga till verksamheterna.

Lex Maria

Under året har 27 avvikelser bedömts vara av allvarligare karaktär efter genomförd allvarlighetsbedömning. Av dessa har fem föranlett fördjupade utredningar, varav tre har klassificerats som allvarliga vårdskador och rapporterats till IVO enligt lex Maria.

I det första fallet drabbades en patient av en permanent hjärtmuskelskada till följd av brister i bedömning från samtliga professioner. Detta medförde en fördröjd vård och behandling som sannolikt bidrog till skadans omfattning.

I det andra fallet utvecklade en patient en livshotande urosepsis. Bristerna omfattade otillräcklig användning av validerade instrument, bristande följsamhet till rutiner, brister i kommunikation mellan personal, samt otillräcklig kompetens för att tidigt identifiera sepsis. Samtliga orsaker ledde till en fördröjd vård och behandling och därmed sannolikt utvecklingen av sepsis.

I det tredje fallet orsakades en allvarlig hypoglykemi när patienten erhöll en 7,5 gånger högre dos snabbverkande insulin än ordinerat. Händelsen var en följd av feltolkning av läkemedelsordinationen i läkemedelslistan samt bristande följsamhet till rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

För samtliga identifierade vårdskador har åtgärdsplaner upprättats, och de berörda enheterna har arbetat med att genomföra dessa under året. Uppföljningar har genomförts av MAS och via HSL-ledningen.

IVO har avslutat ärendet för den första anmälan och bedömt att utredningen samt vidtagna åtgärder varit tillräckliga. Återkoppling för de två övriga anmälningarna har ännu inte inkommit.

I samband med anmälningarna har händelserna informerats och diskuterats inom organisationen för att skapa ett gemensamt lärande och förebygga liknande händelser i framtiden.

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

tar verksamhetsansvarigchef 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. Totalt har två klagomål och en synpunkt rapporterats från Estrids gård, två klagomål och fyra synpunkter från hemsjukvården samt en synpunkt från S:t Maria. Klagomålen rör områden som bristande bemötande, avvikelser från rutiner, missnöje avseende val av hjälpmedel inom upphandlat sortiment och otillräcklig smärtlindring till patienter. Synpunkterna har handlat om frågor som bristande rengöring av inhalatorer, önskemål om stöd i egenkontroll och dokumentation av epilepsianfall, bristande bemötande från rehabpersonal, uteblivna insatser inom rehabilitering samt brister i rutiner vid vård i livets slutskede.

Samtliga klagomål och synpunkter har utretts, och lämpliga åtgärder har vidtagits eller planeras att vidtas. Återkoppling har även lämnats till de personer som inkommit med klagomålen eller synpunkterna.

Inga ärenden som rör Knivsta kommun har inkommit till patientnämnden under 2024.

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 patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

För att stärka patientsäkerheten krävs en ökad samverkan och struktur i det förebyggande arbetet med riskmedvetenhet och beredskap. Det finns idag en bred kunskap inom organisationen, och flera funktioner arbetar med omställningen till en mer sammanhållen och nära vård. Däremot finns det utmaningar i att effektivt samordna insatser och arbeta mera enhetligt över verksamhetsgränser.

Ett strukturerat och långsiktigt förbättringsarbete är avgörande för att upprätthålla och stärka patientsäkerheten. Genom att fortsatt arbeta systematiskt utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen för patientsäkerhet skapas goda förutsättningar för utveckling. Handlingsplanen ger stöd i att fokusera på de mest prioriterade insatserna först, vilket säkerställer en tydlig riktning och möjliggör en mer effektiv och systematisk uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

En viktig del i det fortsatta arbetet är riktade kompetensutvecklingsinsatser och systematiska förbättringsarbeten. För att stärka patientsäkerheten behöver särskilt fokus riktas mot att säkerställa kompetens och utbildning för omsorgspersonal som tar emot delegerade arbetsuppgifter. Att minska antalet delegerade per sjuksköterska är också en prioriterad insats för att möjliggöra bättre uppföljning och kontinuerlig handledning. Strukturerad informationsöverföring enligt SBAR mellan professioner är avgörande för att säkerställa att viktig information överförs korrekt vid överrapporteringar och för att minska risken för vårdskador. Tillsammans med ett stärkt teamarbete mellan professioner och enheter bidrar detta till en säkrare och mer sammanhållen vård.

Det förebyggande arbetet stärks genom fortsatt implementering av kvalitetsregister, beslutsstöd och validerade mätinstrument. Vidare är förhoppningen att PU sensorn, som identifierar individer med ökad risk för trycksår genom att mäta blodflödets respons på tryck, kommer att integreras i det systematiska förebyggande arbetet under kommande år. Genom att ge en objektiv och standardiserad bedömning av trycksårskan minskar PU sensorn beroendet av individuell bedömningsförmåga, vilket bidrar till en mer jämlik vård. Detta säkerställer att rätt förebyggande åtgärder vidtas i rätt tid, oavsett vem som utför bedömningen, och kan därmed stärka både kvaliteten och patientsäkerheten på enheterna.

Inom hemsjukvården kommer CRP/Hb-instrument för snabbare diagnostik vid misstänkt infektion eller lågt blodvärde att införas på bredare front kommande år. Genom att möjliggöra snabb provtagning och analys på plats kan sjuksköterskor tidigare identifiera behov av behandling, exempelvis antibiotika, vilket bidrar till snabbare insatser, minskad risk för undvikbara sjukhusinläggningar samt blir mera resurseffektivt.

Kompetensförsörjning är en fortsatt utmaning, särskilt i fråga om tillgången till läkarmedverkan. När läkarmedverkan uteblir eller kontinuiteten brister, vilket skett under perioder under året, blir det snabbt kännbart i verksamheterna. Även om primärvårdens läkarmedverkan är regionens ansvar saknas en tydlig beredskap inom kommunen för att hantera tillfälliga bristsituationer.

Flertalet enheter har upprättade kontinuitetsplaner för att stärka beredskapen vid oväntade händelser. Däremot har det framkommit att simuleringsövningar genomförs mer sällan, vilket innebär att personalens praktiska beredskap vid exempelvis resursbrist, tekniska störningar eller andra kritiska situationer kan behöva stärkas. Ett mer systematiskt arbete med simulering och färdighetsträning skulle kunna bidra till ökad trygghet på enheterna samt säkerställa en fortsatt hög patientsäkerhet även vid oväntade händelser.

Arbetet med att identifiera behov av riktlinjer och rutiner samt att erbjuda relevanta utbildningstillfällen kommer att fortsätta under kommande år. Genom gemensamma utvecklingsarbeten och projekt med länets kommuner och regionen skapas bättre förutsättningar för en patientsäker och effektiv vård.

Inom utskrivningsprocessen kommer ett nytt arbetssätt i samverkan att införas från och med 2025. En partsgemensam analys genomförs för att öka förståelsen för varandras organisationer och arbetssätt, med målet att säkerställa en trygg och smidig vårdövergång för patienten. Kommuner och regionen analyserar gemensamt situationer där patienter i genomsnitt blir kvar mer än två dagar efter att de bedömts som utskrivningsklara, för att identifiera förbättringsområden och stärka samverkan i utskrivningsprocessen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL-ledningen) har beslutat om följande mål och strategier för 2025.

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

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad enligt Knivsta kommuns anvisning. 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. Riskbedömningarna ska ske inom två veckor från inskrivning i hemsjukvården när sjuksköterskeinsatser finns. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplan vid identifierad risk 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 inom samtliga verksamheter, inklusive korttidsboende. Ansvar: Legitimerad personal.
- Använda PU sensor som en objektiv bedömning av trycksår. Ansvar: Legitimerad personal tillsammans med verksamhetsansvarig chef.
- 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: Verksamhetsansvariga chefer och legitimerad personal med stöd av områdeschef.
- 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
- För att förebygga fall ska riskbedömningar utföras även när det endast finns behov av rehabinsats. Ansvar: Legitimerad personal

Mål 3: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete både inom och mellan enheterna samt mellan olika professioner.

Strategier

- Skapa en fungerande mötesstruktur. Ansvar: Berörda chefer tillsammans med områdeschef

- Skapa förutsättningar för resurseffektiva teammöten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Berörda chefer tillsammans med områdeschef
- Skapa en rutin för ärendeplanering. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Införa och säkerställa strukturerad informationsöverföring enligt SBAR för att förbättra kommunikationen både inom teamet, mellan enheterna samt mellan olika professioner. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

Mål 4: Öka täckningsgraden i Palliativregistret för Vård- och omsorgskontorets utförare till 90 %. Förbättra resultaten jämfört med 2024 avseende smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument och genomförande av munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka.

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

Mål 5: Förbättra avvikelshantering genom att minska ledtiden till maximalt 14 dagar mellan upprättad avvikelserapport och påbörjad utredning, säkerställa kvaliteten i utredningar och uppföljningar samt korrekta bedömningar av allvarlighetsgrad.

Strategier

- Påbörja utredning inom 14 dagar efter upprättad avvikelserapport. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Strukturerade kvartalsuppföljningar av avvikelshantering i HSL-ledningen. Ansvar: MAS
- Särskilt patientsäkerhetsforum för att stärka analysförmågan, säkerställa kvaliteten i utredningarna och uppföljningarna samt korrekt bedömning av allvarlighetsgrad. Ansvar: MAS och MAR

Mål 6: Öka följsamheten till journalrutinen till 80 %.

Strategier

- Genomföra årliga strukturerade journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal utifrån en redan förutbestämd journalgranskningsmall. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef med stöd av MAS och MAR.
- Utifrån resultatet av journalgranskningarna föregående år identifiera och genomföra förbättringsåtgärder. Ansvar: MAS och MAR tillsammans med berörda chefer
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentationsgrupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 7: Minst 80 % följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser.

Strategier

- 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: Legitimerad personal och 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 framför allt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturera och 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, åtgärdsplan vid identifierad risk samt uppföljningar minst två gånger per år.

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

Resultat: I årets PPM trycksår fanns data från 72 personer, vilket kan jämföras med 2023 då det fanns data från 60 personer. Av dessa hade drygt 14 % risk för trycksår men då ska också tilläggas att det saknades aktuella riskbedömningar i 43 % av fallen vilket kan ha påverkat resultatet. Totalt kunde fyra pågående trycksår identifieras, varav tre av dessa uppstått på en annan enhet.

Enhet	Antal unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Knivsta kommun	72	94 %	80 %	84 %	61 %
Estrids gård	53	94 %	84 %	90 %	63 %
Hemsjukvård	19	91 %	60 %	60 %	33 %
		Målvärden	75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %

Tabellen visar vårdprevention beräknat på antal registreringar i Senior alert 2024.

Vid 48 % av riskbedömningarna på Estrids gård identifierades en risk för undernäring. 16 unika personer bedöms ha ett för lågt BMI, varav 12 av dessa bedöms ha en ofrivillig viktnedgång. De vanligaste bakomliggande orsaker till risken för undernäring bedöms bero på bakomliggande sjukdomar (34 %) och på mer än 11 timmars nattfasta (27 %). Därtill är den vanligaste planerade åtgärden för att motverka undernäring att minska nattfastan till högst 11 timmar, men åtgärden har endast genomförts i drygt hälften av fallen. Under hösten har Estrids gård genomfört mätningar av nattfastan på 2 av 3 avdelningar, där drygt 87 % av individerna hade en nattfasta som översteg 11 timmar.

Analys av resultat: Årets PPM-resultat är positivt i flera avseenden. Fler personer har inkluderats, och andelen med risk för trycksår är lägre än 2023. Andelen personer utan aktuella riskbedömningar har också minskat. Samtidigt identifierades fyra pågående trycksår, jämfört med inga under 2023. Tre av dessa uppstod dock utanför den egna enheten, vilket tyder på brister i det förebyggande arbetet vid den ansvariga enheten där trycksåren utvecklades och inte hos rapporterande enhet. För de fall där trycksår uppstår inom den egna enheten är orsaken ofta brister i det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsplaner.

Täckningsgraden i kvalitetsregistret varierar kraftigt mellan enheterna. Hemsjukvården har en täckningsgrad på cirka 16 %, medan Estrids gård når betydligt högre, med 78 %. Risker identifieras i 94 % av utförda bedömningar, vilket både belyser behovet av förebyggande insatser och vikten av att genomföra dessa bedömningar. På Estrids gård har 90 % av identifierade risker en åtgärdsplan registrerad i kvalitetsregistret, medan motsvarande siffra inom hemsjukvården är 60 %.

De vanligaste identifierade riskerna är fallrisk (84 % av bedömningarna på Estrids gård och 68 % inom hemsjukvården), följt av risk för ohälsa i munnen (62 % på Estrids gård) och risk för undernäring (50 % inom hemsjukvården). Ett positivt framsteg är att Estrids gård under året har börjat utföra riskbedömningar av munhälsa, vilket inte gjordes 2023. Under 2024 genomfördes dock inga riskbedömningar för patienter på korttidsavdelningen eller boende i LSS-gruppboendestäder. För att säkerställa att alla patienter får rätt utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov krävs dock att samtliga erhåller relevanta riskbedömningar.

Avseende resultaten kring risk för undernäring på Estridsgård. Resultatet visar på en tydlig koppling mellan lång nattfasta och risken för undernäring. Trots goda intentioner om att minska nattfastan har det visat sig vara utmanande att implementera denna åtgärd konsekvent, med endast hälften av åtgärderna genomförda. Mätningarna under hösten har lyft fram att en mycket hög andel av de boende fortfarande har nattfasta som överstiger den rekommenderade tidsramen på 11 timmar, vilket pekar på behovet av mer effektiva rutiner och en förbättrad efterlevnad.

Målet att 75 % av patienterna ska få riskbedömningar inom varje område, åtgärdsplaner vid identifierade risker och minst två uppföljningar per år har delvis uppnåtts, med variation mellan verksamheterna. Estrids gård har uppnått målet för täckningsgrad men brister i genomförande och uppföljning av insatta åtgärder. Hemsjukvården har ännu inte nått målet, men visar en positiv trend med fler registreringar än tidigare år.

De största orsakerna till att riskbedömningar inte utförs i önskad omfattning inom hemsjukvården är svårigheter att samordna det multiprofessionella teamet samt bristande samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst. Dessutom finns patienter som inte samtycker till registrering i kvalitetsregistret, vilket gör att deras riskbedömningar inte alltid syns i statistiken.

Åtgärd: Under 2024 har arbete bedrivits för att etablera en mötesstruktur som möjliggör ett effektivt multiprofessionellt teamarbete kring patienten, särskilt mellan hemsjukvården och hemtjänsten där utmaningarna att få till det är störst. Arbetssättet har anpassats för att inkludera riskbedömningar inom kvalitetsregistret i samband med införandet av PU-sensorn. Estrids gård har utvecklat nya rutiner för att minska nattfastan, vilka planeras att implementeras under januari-februari 2025.

Uppföljning av åtgärd: Antalet registreringar, genomförda åtgärder och uppföljningar har redovisats och diskuterats på HSL-ledningsmöten. Försöken att integrera PU-sensorn i det dagliga arbetssättet har hittills inte gett önskad effekt. På grund av ökad arbetsbelastning pausades arbetet med strukturerade riskbedömningar inom hemsjukvården under hösten. Arbetet behöver återupptas och intensifieras under 2025. Uppföljande nattfastemätning på Estrids gård under våren 2025.

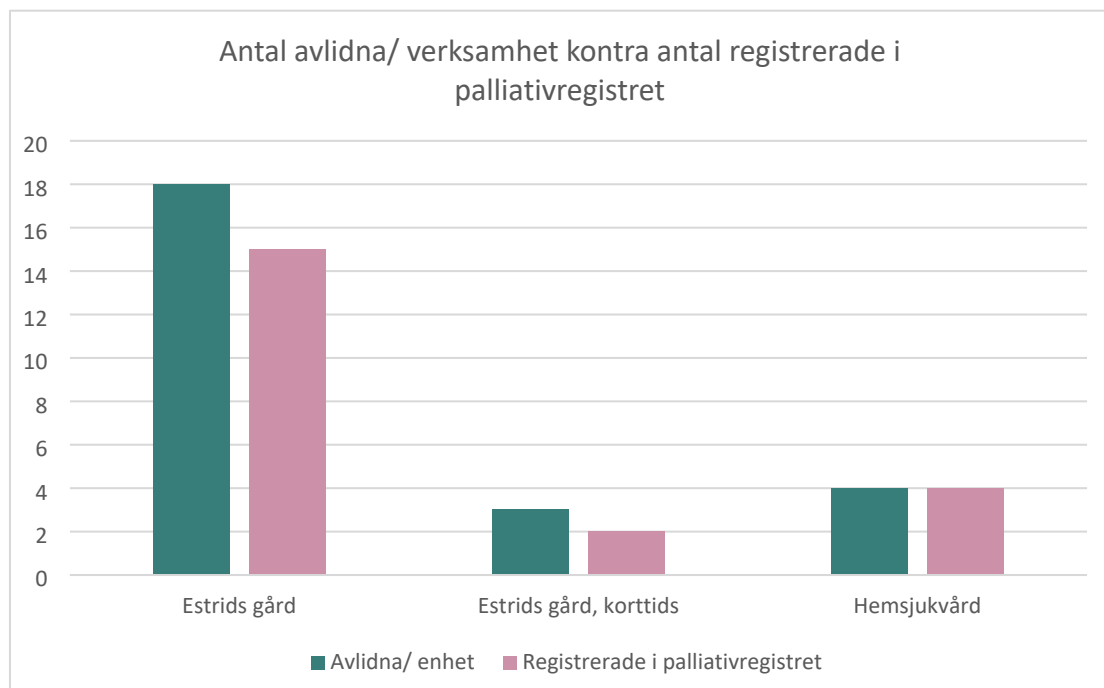
Kvalitetsregister – Palliativa registret

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: 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 %.

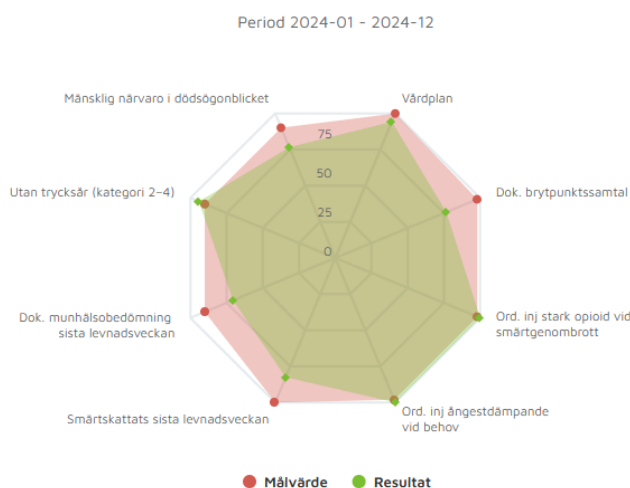
Egenkontroll: Resultat från Palliativregistret och enkät gällande täckningsgrad.

Resultat: Se nedanstående tabeller och spindeldiagram.

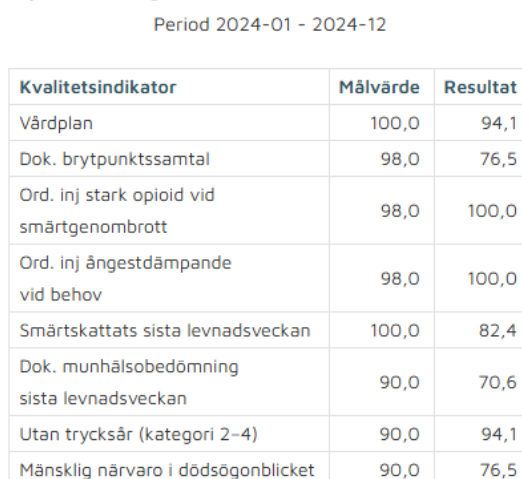


Tabellen beskriver täckningsgrad i palliativregistret fördelat på verksamheterna under 2024.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

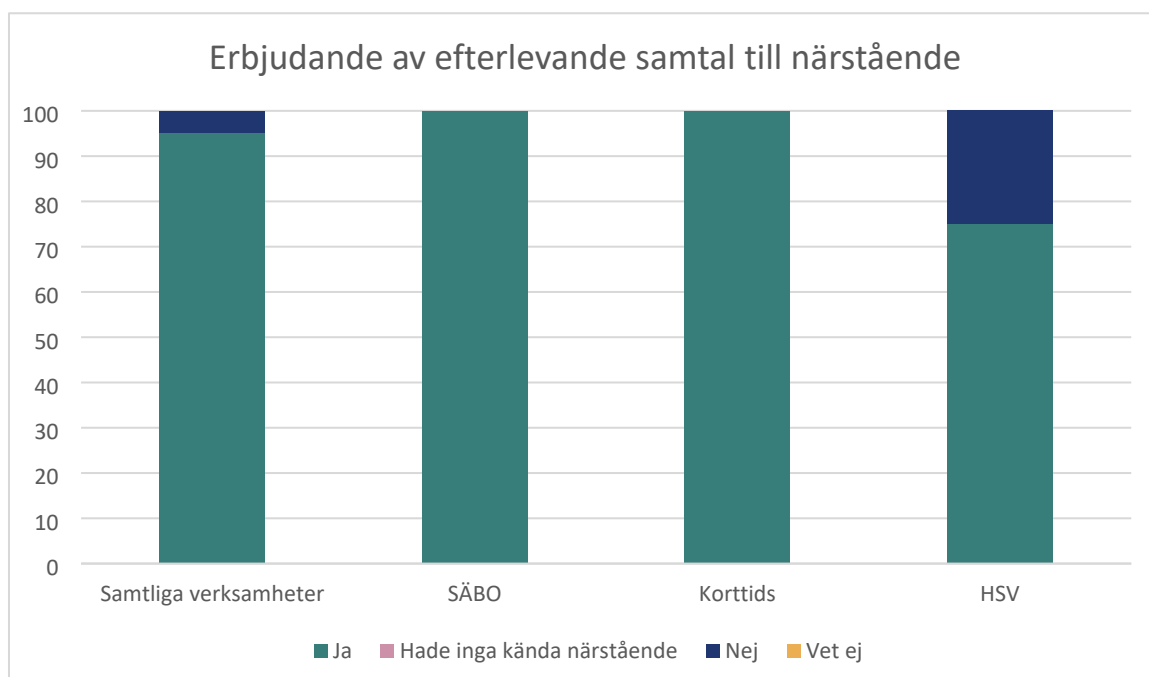


Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



I spindeldiagrammen ovan redovisas

Socialstyrelsens definierade sju nationella kvalitetsindikatorerna för vård i livets slutskede samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Resultaten är för Estrids gård, korttidsavdelningen samt hemsjukvården.



Tabellen visar andelen erbjudande av efterlevandesamtal till närstående, baserat på registreringarna i registret, vid Estrids gård, inklusive korttids, och enheten för hemsjukvård under 2024.

Analys av resultat: Täckningsgraden för Vård- och omsorgskontorets utförare, inklusive både egen regi samt LOV-utförare där Knivsta kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret, uppgick till 84 % under 2024, vilket är precis samma nivå som under 2023.

Knivsta har uppvisat särskilt goda resultat inom vård i livets slutskede i områden som att säkerställa ordinationer för symtomlindrande läkemedel, upprätta vårdplaner för vård i livets slutskede och förebygga så att patienter inte avlider med trycksår. Under 2023 hade Knivsta lägre resultat än genomsnittet i Uppsala län för fem av sju kvalitetsindikatorer. Under 2024

har detta förändrats positivt, och Knivsta ligger nu över länsgenomsnittet för sex av åtta kvalitetsindikatorer. Denna positiva utveckling bedöms vara resultatet av ett aktivt och målinriktat arbete för att öka kunskapen om registret och hur dess resultat kan användas för förbättringsarbete inom verksamheterna.

De två kvalitetsindikatorer där Knivsta fortfarande ligger något under genomsnittet är dokumenterat brytpunktssamtal och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Samtidigt har de prioriterade områdena under 2024 varit att förbättra resultaten inom andelen patienter som smärtskattas enligt ett validerat smärtskattningsinstrument samt att säkerställa att fler patienter får en munhälsobedömning under den sista levnadsveckan. Inom dessa områden har resultaten förbättrats markant, från 50 % under 2023 till 82,4 % respektive 70,6 % under 2024. Bedömningen är att en bidragande faktor till förbättringen är införandet av en särskild statusmall för symtomskattning i livets slutskede där bland annat dessa moment finns med. Mallen finns som ett stöd för att påminna om både utförandet av samtliga moment och dokumentationen av dessa. Men trots framsteg inom båda områdena har Socialstyrelsens målvärde på 90 % inte uppnåtts. För att fortsätta stärka resultaten framåt behöver fokus ligga på att ytterligare öka andelen patienter som smärtskattas och får en munhälsobedömning under sista levnadsveckan samt förbättra dokumentationen av brytpunktssamtal och säkerställa mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Positivt är att de förbättringar som gjordes i patientjournalen under 2023, inklusive statusmallen för symtomskattning i livets slutskede, för att skapa en mer strukturerad och tillgänglig dokumentation vid vård i livets slutskede har gett tydliga effekter. Ett exempel är införandet av en specifik vårdplan för vård i livets slutskede, vilket tidigare saknades. Efter införandet har cirka 94 % av alla patienter i livets slutskede nu en upprättad vårdplan under 2024, vilket inte bara underlättar dokumentationen utan också främjar en mer jämlik och kvalitativ vård. Den framtagna vårdplanen inkluderar kvalitetsindikatorerna och fungerar både som ett stöd i dokumentationen och som ett verktyg för att säkerställa en likvärdig vård för patienter i livets slutskede.

Knivsta har däremot uppnått mycket goda resultat när det gäller att erbjuda efterlevande samtal till närstående, med en ökning från 75 % under 2023 till 95,2 % under 2024, vilket är högre än länsgenomsnittet.

Åtgärd: För att stärka resultaten har regelbundna uppföljningar genomförts på enhetsnivå, och specifika åtgärder har implementerats utifrån resultaten. Ett fortsatt gemensamt arbete med regionen och länets kommuner har bedrivits inom ramen för LAG Täckningsgrad för att förbättra täckningsgraden i hela länet. På lokal nivå har arbetet fortsatt med att räkna ut täckningsgraden för Vård- och omsorgskontorets utförare, vilket möjliggjorts genom inhämtning av data via månadsvisa enkäter.

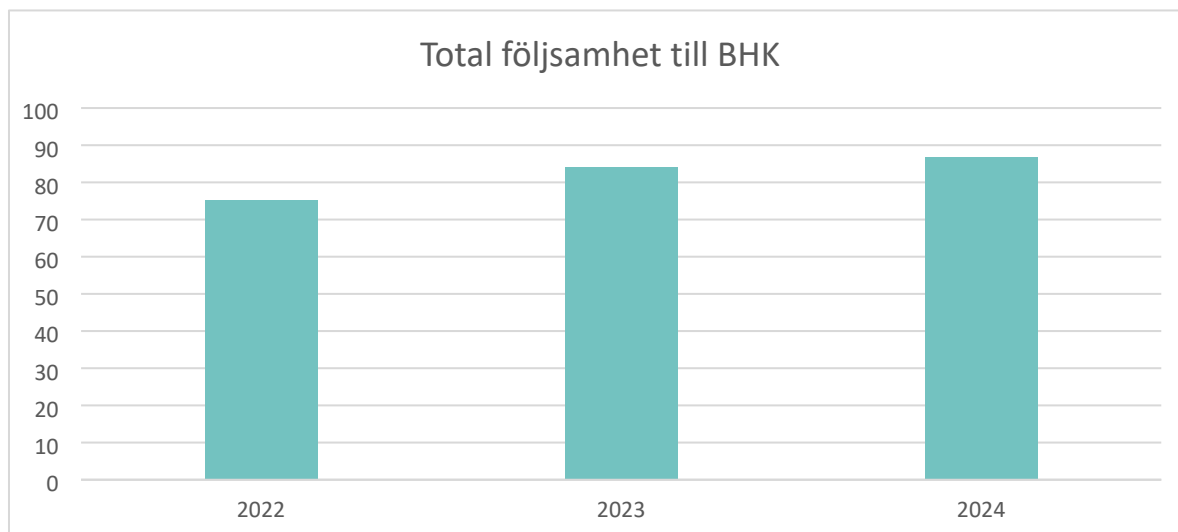
Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har resulterat i förbättringar inom samtliga prioriterade målområden. Regelbundna uppföljningar har genomförts vid HSL-ledningen, vilket har bidragit till att säkerställa en kontinuerlig utveckling av arbetet med fokus på förbättrad kvalitet och patientsäkerhet.

Basal hygien och klädregler

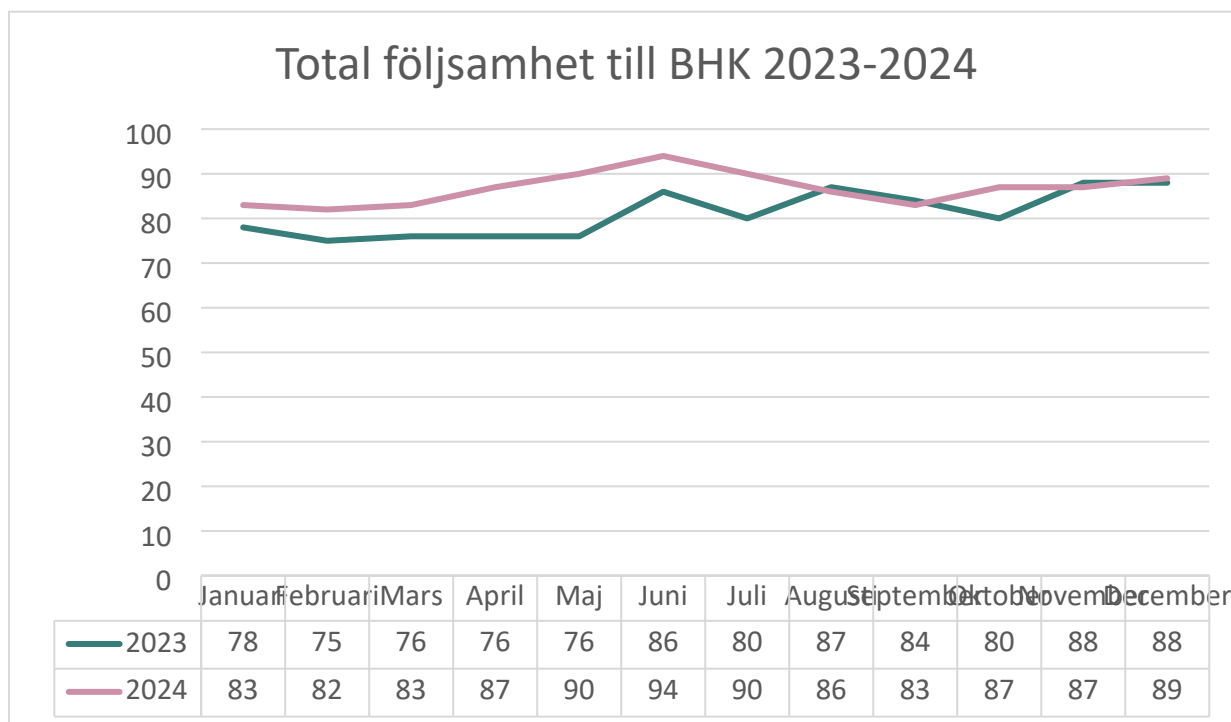
Mål: 100 % följsamheten till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförarenheter.

Egenkontroll: Observationsmätningar på Estrids gård och hemtjänsten egen regi. Övriga verksamheter utför observationsmätningar i den utsträckning det är möjligt och utöver det självskattningar. Tio observationer/ självskattningar per enhet ska utföras en gång i månaden.

Resultat: se nedanstående tabeller.



Tabell beskriver medelvärdet av den totala följsamheten till BHK i procent för åren 2022 till 2024. I den totala följsamheten ingår samtliga verksamheter.



Ovanstående tabell beskriver den totala följsamheten till BHK i procent fördelat över månaderna under åren 2023 och 2024. I den totala följsamheten ingår samtliga verksamheter.

Total följsamhet till BHK 2024



	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Estrids gård	80	100	100	100	90	90	90	82	100	90	80	70
Hemtjänst egen regi	20	75	80	100	90		90	67	82	80	50	
Hemsjukvård	100	90	92	80	100	89	100		90	80	90	91
S:t Maria	80	90	80	80	83	90	80	80	73	80	90	90
Hemtjänst Attendo	100	89	90	90	100	94	90	100	100	100	100	90
Dadelvägen	100		100	100		100		100	100	100	100	
Lyckåsen	100	100	90	100	100	100		100	100			80
Daglig verksamhet		30	30	44	70			70	80	80	82	100
Personlig assistans									20			

Tabellen beskriver den totala följsamheten till BHK under 2024 fördelat på respektive enhet. Tom ruta innebär att mätning uteblivit under den månaden.

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 framsteg har skett under året återstår en bit innan målet om 100 % följsamhet är uppnått inom samtliga verksamheter över tid.

Den genomsnittliga följsamheten till BHK under helåret 2024 är, precis som vid halvårsrapporten, drygt 87 %, jämfört med 84 % för helåret 2023. Det innebär att resultatet förbättrats något trots att ytterligare tre enheter inkluderats i mätningarna. Daglig verksamhet, som inte varit delaktiga tidigare, hade inledningsvis lägre följsamhet men ökade successivt under årets andra halva. Detta är ett förväntat resultat, då de var nya i processen och befann sig i en uppstartsfas gällande implementering av BHK och systematiska mätningar under det första halvåret av 2024.

Under perioden maj till juli uppnåddes den högsta genomsnittliga följsamheten på 90–94 %, vilket pekar på att det görs framsteg inom området på enheterna. Dock varierar följsamheten både till att rapportera in månatliga mätningar och enheternas resultat. Estrids gård, S:t Maria och hemtjänst Attendo har visat full följsamhet till att rapportera in månatliga mätningar, medan andra enheter saknat resultat för enstaka eller flera månader.

Dadelvägen utmärker sig särskilt med en genomsnittlig följsamhet på 100 % vid samtliga registrerade mätperioder. Lyckåsen och hemtjänst Attendo uppnådde också höga genomsnittliga nivåer på 97 % respektive 95 %. Dadelvägen och hemtjänst Attendo har dessutom lyckats upprätthålla fullständig följsamhet över en fyra månaders period. Det går dock inte helt att jämföra samtliga enheter med varandra eftersom de är olika stora och har olika förutsättningar. Dadelvägen, Lyckåsen och hemtjänst Attendo är mindre enheter med små personalgrupper och färre antal patienter, vilket kan vara en fördel och bidra till en enklare implementering och upprätthållande av hög följsamhet. Värt att nämna är också att dessa enheter genomför självskattningar snarare än observationsmätningar, vilket också kan påverka resultaten. Det finns alltid en risk att medarbetare självskattar sig högre än vad verkligheten faktiskt visar.

För hemtjänst i egen regi och hemsjukvården var den genomsnittliga följsamheten på 73 % respektive 91 %. Hemtjänst har emellanåt större månatliga avvikelser, särskilt i början och slutet på året. Framför allt är det bristande följsamhet till kortärmad arbetsdräkt vid dessa kallare månader som drar ner den totala följsamheten. Det skulle även kunna bero på att nya medarbetare kommit in i verksamheten men där de inte hunnit genomgå utbildning i basal hygien i tillräcklig omfattning, vilket understryker vikten av att säkerställa utbildning inom ramen för introduktionen för nyanställda. För hemsjukvården däremot ses en relativt stabil följsamhet med endast små variationer mellan månaderna.

Personlig assistans och Tegelparken erhöll utbildning i september 2024 för att kunna börja utföra mätningar, men däremot har enheterna endast genomfört enstaka sporadiska mätningar under hösten vilket gör att det inte går att dra några större slutsatser på grund av ett för litet underlag. Personlig assistans utförde dock en fullständig mätning under en mätperiod som visade en låg följsamhet (20 %) vilket ändå indikerar på att det finns behov av att aktualisera basal hygien för att nå högre följsamhet. Arbetet med att få till månatliga mätningar enligt rutin behöver därför fortsätta inom dessa enheter 2025.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns utrymme för förbättringar och samtidigt en stor potential för enheterna att nå och upprätthålla hög följsamhet, men för detta kan det även krävas olika insatser beroende på enheternas specifika behov och förutsättningar.

Framgångsfaktorer från enheter med hög följsamhet bör fortsatt lyftas fram och spridas som goda exempel för att inspirera och stärka det övergripande arbetet med BHK.

Åtgärd: För att förbättra följsamheten till BHK upprättas handlingsplaner vid negativa trendbrott. Hygienombudens arbete, regelbundna ombudsträffar och samarbetet med Vårdhygien är centrala för att stärka följsamheten. Daglig ledning och styrning på respektive enhet är också en viktig framgångsfaktor för att säkerställa att följsamheten hålls på en hög nivå. Månadsvisa sammanställningar redovisas på HSL-ledningsmöten för att följa utvecklingen och tidigt kunna identifiera eventuella trendbrott. På enhetsnivå redovisas resultaten på APT där både positivt utfall och förbättringsområden diskuteras tillsammans med arbetsgruppen. Arbetet resulterar i gemensamt framtagna åtgärder som kan leda till högre följsamhet. Detta är avgörande för att långsiktigt uppnå målet om 100 % följsamhet.

Uppföljning av åtgärd: Resultaten följs upp både på enhetsnivå och på en strategisk nivå i HSL-ledningen. 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.

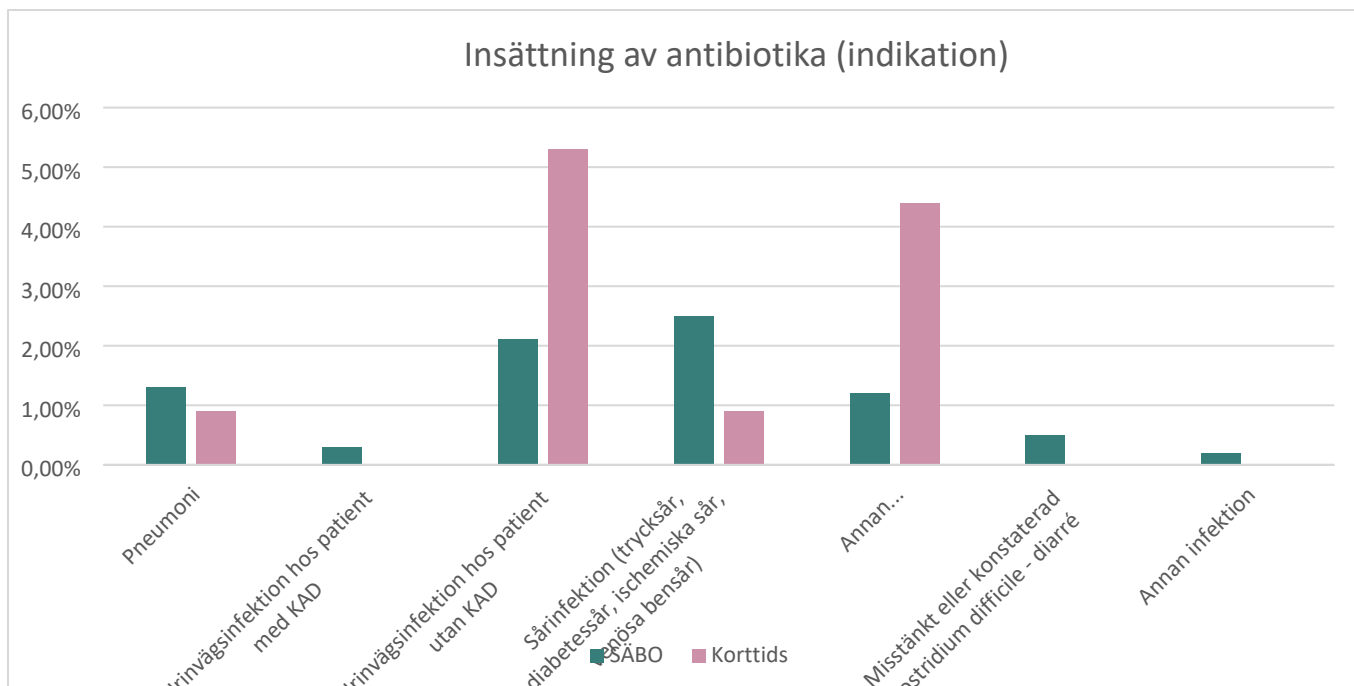
Infektionsregistreringar

Infektionsregistreringar ska utföras på samtliga särskilda boenden för äldre och korttidsenheter 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 samt korttidsenheten.

Egenkontroll: Månadsvisa infektionsregistreringar i enkätform

Resultat: Under 2024 har Estrids gård och korttidsenheten haft full följsamhet till rutin och både registrerat, analyserat och skickat månadsvisa sammanställningar till vårdhygien och MAS. Under 2024 registrerades inga fall av influensa inom den kommunala vården i Knivsta kommun. Sju fall av magsjuka rapporterades i samband med utbrott. Under juli–augusti drabbades Estrids gård av ett covid-19-utbrott med 15 bekräftade fall och ytterligare fem patienter med symtom. För resultat av infektionsregistreringarna, se nedanstående tabell.



Tabellen visar andel antibiotikainsättning per indikation och fördelat på SABO (Estrids gård) samt korttidsenheten.

Analys av resultat: Urinvägsinfektioner hos patienter utan kateter är fortsatt en av de vanligare orsakerna till antibiotikabehandling. På Estrids gård har andelen dock minskat från cirka 3,2 % 2023 till 2,1 % 2024, vilket är ett positivt tecken som kan tyda på förbättringar i förebyggande arbete eller följsamhet till riktlinjer. Samtidigt sticker korttidsvården ut med en betydligt högre andel på 5,3 %, vilket kräver en vidare analys för att förstå om dessa infektioner är vårdrelaterade och om de hade kunnat förebyggas, exempelvis genom förbättrad hygien eller tidig identifiering av riskfaktorer.

En liknande trend ses vid hud- och mjukdelsinfektioner, där andelen antibiotikabehandlingar på korttidsenheten är 4,4 % jämfört med 1,2 % på Estrids gård. Detta indikerar att det kan finnas faktorer på korttidsenheten som bidrar till en ökad förekomst av dessa infektioner.

Samtidigt har andelen antibiotikabehandlingar för pneumoni på särskilt boende ökat från drygt 0,4 % 2023 till 1,3 % 2024, vilket också kräver vidare analys för att förstå orsakerna till ökningen. Andelen antibiotikabehandlingar för sårinfektioner ligger relativt stabilt på särskilt boende, 2,5 % jämfört med 2,3 % 2023, men det är fortsatt ett område som behöver uppmärksamhet för att minska behovet av antibiotika.

Vidare har förekomsten av smittsamma sjukdomar inom Vård- och omsorgskontorets utförarverksamheter varit låg under året, med undantag för ett utbrott av covid-19 på Estrids gård i slutet på juli och början på augusti. Vid utbrottet vidtogs snabba åtgärder för att begränsa smittspridningen, men utmaningar uppstod eftersom flera patienter hade svårt att följa instruktioner, såsom att hålla avstånd. Detta visar på vikten av att fortsätta utveckla anpassade rutiner och strategier för att hantera smittsamma sjukdomar i miljöer med begränsade möjligheter till efterlevnad av smittskyddsåtgärder.

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 stämna 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 vid behov upp den tillsammans med berörd chef. Vid betydande avvikelser informeras HSL-ledningen.

Vårdhygienisk egenkontroll

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

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

Resultat: Hygienrund är utförd på Estrids gård samt hemtjänst Attendo utan några identifierade avvikelser.

Analys av resultat: Majoriteten av enheterna har inte utfört någon hygienrund enligt rutin under året, vilket tyder på att det finns stora förbättringsmöjligheter inom området.

Åtgärd: Arbeta för att samtliga enheter utför minst en vårdhygienisk egenkontroll under 2025.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kommer utföras via enkät under hösten 2025 i samband med uppföljning av den övergripande handlingsplanen för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner, VRI.

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 2025. Särskild granskning i hemsjukvårdens läkemedelsrum.

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: Arbeta utifrån åtgärdsplanerna har påbörjats och kommer att fortsätta under 2025.

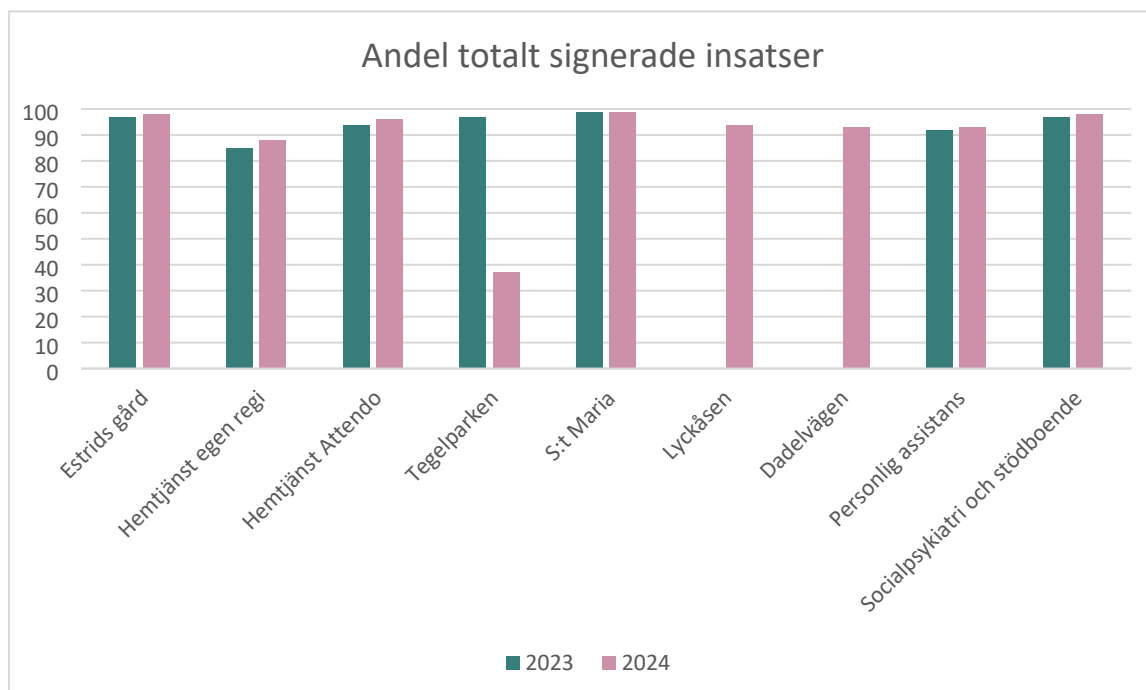
Uppföljning av åtgärd: Under våren 2025 kommer MAS genomföra individuella uppföljningar vid samtliga granskade verksamheter. Årlig uppföljning sker vid nästkommande årliga externa kvalitetsgranskning.

Följsamhet till ordinationer

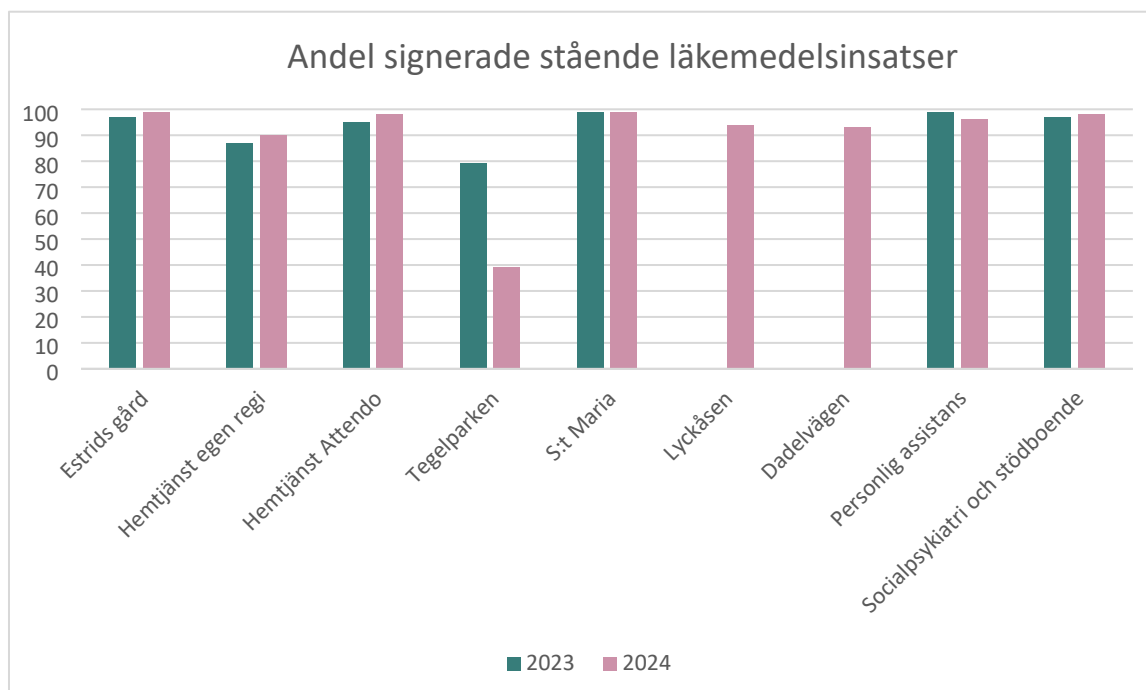
Mål: 100 % följsamhet till ordinationer

Egenkontroll: Följs upp via digitalt signeringsystem.

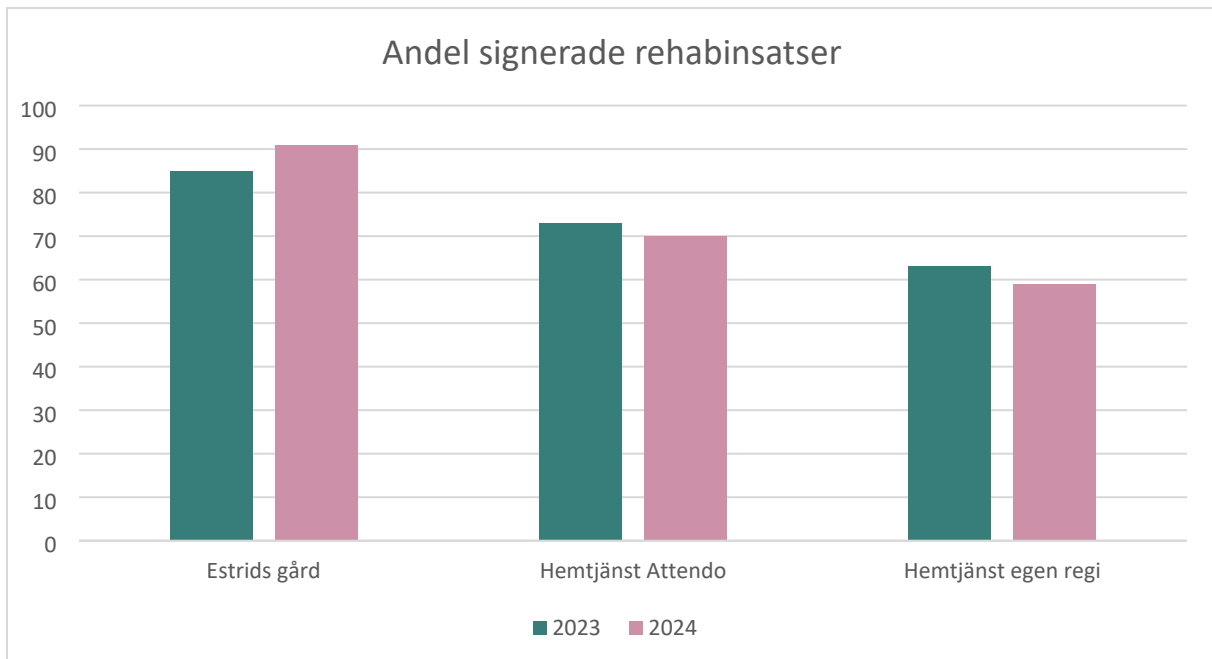
Resultat: Se tabellerna nedan



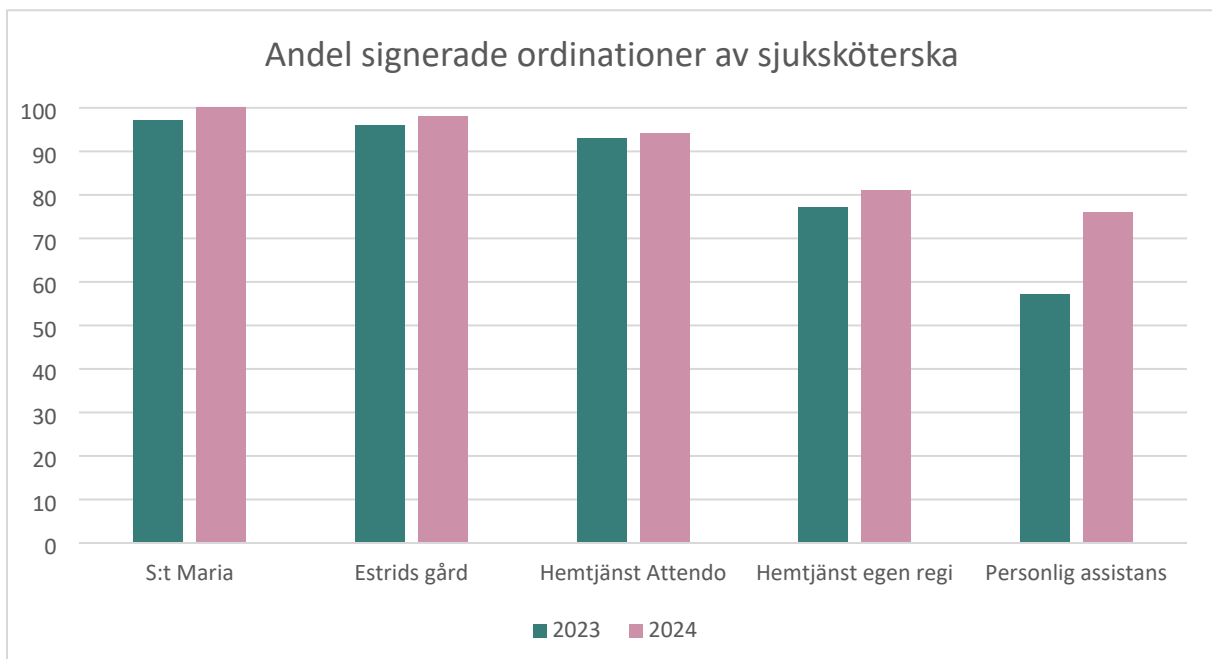
Tabellen beskriver andel totalt signerade insatser i procent, oberoende av vilken typ, fördelat på de olika enheterna under 2023 – 2024.



Tabellen beskriver andel signerade stående läkemedelsinsatser i procent fördelat på de olika enheterna under 2023 – 2024.



Tabellen beskriver andel signerade rehabinsatser i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2023 – 2024.



Tabellen beskriver andel signerade ordinationer av sjuksköterska i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2023 – 2024.

Analys av resultat: Under 2024 har andelen totalt signerade insatser inte visat några större förändringar jämfört med 2023, med ett anmärkningsvärt undantag för Tegelparken. Där har följsamheten sjunkit markant, från 97 % under 2023 till endast 39 % under 2024. Detta bedöms bero på att insatser inte pausats vid frånvaro, vilket gör att det ser ut som att insatserna uteblir trots att patienten inte befinner sig på enheten.

När det gäller signerade läkemedelsinsatser har S:t Maria och Estrids gård uppvisat högst följsamhet (99 % vardera), följt av hemtjänst Attendo och socialpsykiatri och stödboende (98 % vardera). Generellt sett är följsamheten till läkemedelsinsatser fortsatt hög, medan

följsamheten till ordinerade rehabinsatser är lägre och varierar betydligt mellan olika enheter. Där har Estrids gård fortsatt sin positiva trend med förbättrade resultat jämfört med tidigare år, medan hemtjänst i egen regi och Attendo har minskat sin följsamhet något sedan 2023. Andelen signerade omvårdnadsinsatser är generellt högre än för rehabinsatser, och samtliga enheter har ökat andelen signeringar jämfört med föregående år. S:t Maria utmärker sig särskilt med 100 % följsamhet.

En positiv utveckling är att en ökad andel insatser signeras inom rätt tidsfönster. Under 2024 låg andelen på 86 %, jämfört med 79 % under 2023. Dessutom har samtliga områden uppvisat förbättringar vad gäller att minska den genomsnittliga tidsavvikelsen, det vill säga tiden insatser utförs utanför det ordinerade tidsfönstret. Totalt sett var den genomsnittliga avvikelsen under 2024 endast 23 minuter, vilket motsvarar en fördröjning på knappt 23 minuter. Detta är en betydande förbättring jämfört med 2023, då motsvarande siffra var 1 timme och 38 minuter. Även om det finns variationer mellan olika enheter och typer av insatser, kan det generellt konstateras att den genomsnittliga tidsavvikelsen varit låg under 2024.

Även här är det viktigt att poängtera att avsaknad av signering inte nödvändigtvis innebär att insatserna uteblivit. Orsakerna kan vara flera och kräver vidare analys på enhetsnivå. Arbetet med att öka följsamheten kommer att behöva fortsätta under 2025, med särskilt fokus på att höja andelen signerade ordinerade rehabinsatser.

Åtgärd: Vid behov genomföra kontinuerliga instruktions- och utbildningsinsatser för att säkerställa korrekt hantering i systemet samt regelbunden uppföljning av följsamheten på respektive enhet. Legitimerad personal följer upp ordinationer och andelen signeringar på individnivå i samband med uppföljning av delegeringar.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har delvis visat resultat, dock med varierande framgång mellan enheterna. Fortsatta kontinuerliga uppföljningar av följsamheten kommer att genomföras på HSL-ledningen under 2025 för att fortsätta följa resultatet och tidigt kunna identifiera eventuella brister där ytterligare åtgärder kan behöva vidtas.

Journalgranskning

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

Egenkontroll: Strukturerade journalgranskningar utifrån en förutbestämmd journalgranskningsmall.

Resultat: Totalt har 25 hälso- och sjukvårdsjournaler granskats med en följsamhet till journalrutin samt lag- och föreskriftskrav på 69 %, vilket är en förbättring jämfört med 53 % under 2023. Huvudsakliga identifierade förbättringsområden inkluderar hantering och inhämtning av samtycken, fullständig anamnes vid vårdkontakt och beskrivning av bakgrunden till vården samt aktuella patientstatus.

Vad gäller dokumentation av status kan tydliga förbättringar ses, exempelvis som att 52 % av journalerna innehåller ett aktuellt status (inte äldre än 6 månader), jämfört med 10 % under 2023.

För hälsoplaner har följsamheten varit i stort sett oförändrad, med 67 % för 2023 och 68 % för 2024, när det gäller om relevanta planer har upprättats vid identifierade risker. Däremot har följsamheten förbättrats när det gäller tydlighet kring vem som ansvarar för åtgärder, när de

ska genomföras samt hur och när de ska följas upp. Under 2024 var följsamheten 72 % respektive 60 %, medan motsvarande siffror för 2023 var 15 % och 11 %.

Patientens egna önskemål om vård och behandling beskrivs i drygt 44 % av fallen, en ökning från 37 % under 2023.

Den förbättrade dokumentationen av anamnes, status och hälsoplaner gör det enklare att få en helhetsbild av patientens situation. Under 2023 uppfyllde endast 26 % av journalerna detta krav, medan andelen ökade till 64 % under 2024.

Analys av resultat: De förbättrade resultaten kan sannolikt kopplas till dokumentationsgruppens kontinuerliga arbete och de strukturerade journalgranskningar som började genomföras från och med 2023. Metoden har gjort det möjligt att identifiera områden som kräver riktade insatser samt att genomföra konkreta åtgärder, vilket börjar ge positiva resultat.

Bristen på samsyn och enhetlig dokumentation har successivt förbättrats. Granskningarna och de riktade åtgärderna har troligtvis bidragit till att skapa en mer konsekvent och strukturerad dokumentation, vilket inte bara har ökat följsamheten till rutiner och föreskrifter utan även förbättrat överskådligheten och möjligheten till helhetsbedömning av patientens situation.

Trots framsteg inom flera områden finns det fortsatt utrymme för förbättringar, varpå det är viktigt att fortsätta arbetet under de kommande åren.

Åtgärd: Månatliga möten med dokumentationsgruppen för att fortsätta arbeta med förbättringar utifrån identifierade brister. Fortsatt samarbete med avdelningen för system och administration kommer att vara centralt för att fortsätta säkerställa anpassning av verksamhetssystemet till dokumentationsbehoven.

Uppföljning av åtgärd: Vidtagna åtgärder och framtida planer presenteras kontinuerligt på HSL-ledningen. Uppföljningar kommer att genomföras genom nya strukturerade journalgranskningar. HSL-ledningen följer upp resultatet av granskningarna.

BILAGA 2.

MÅLUPPFYLLELSE 2024

Basala hygienrutiner och klädregler

Mål 1: 100 % följsamhet till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförare

Resultat: Målet är inte uppfyllt.

Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister

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.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Estrids gård har en täckningsgrad på 78 % vad gäller individuella riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring. Hemsjukvården har inte uppnått målet.

Teamarbete

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

Resultat: Målet är inte uppfyllt.

Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret

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 %.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Hemsjukvården hade en täckningsgrad på 100 % och uppnådde målet. Målet avseende efterlevandesamtal är uppfyllt.

Avvikelsehantering

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

Resultat: Målet är uppfyllt.

Dokumentation

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

Resultat: Målet är uppfyllt.

Följsamhet till rehabiliteringsinsatser

Mål 7: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Estrids gård har ökat från 85 % 2023 till 91 % 2024 och har därmed uppnått målet, medan övriga enheter minskat sin följsamhet.