



TIERPS KOMMUN

Vård och omsorg

Patientsäkerhetsberättelse för Tierps kommun År 2023



Datum 2024-02-29

Ulrica Stjerngren, verksamhetschef Vård och omsorg

Anita Rönnback, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Emma Haglöf, Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

Diarienummer: KS/2024:241

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”



Innehåll

Innehåll.....	3
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens.....	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Egenkontroller genomförda 2023.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	24

SAMMANFATTNING

Året kom att präglas av fortsatt arbete med handlingsplan för patientsäkerhet efter nulägesanalysen 2022. Inspektionen för vård och omsorg's (IVO) granskning i början av året gav ytterligare skjuts till detta. Många av bristerna som IVO påpekade var vi medvetna om och hade uppmärksammat. Arbetet har därmed fortsatt för att öka patientsäkerheten.

Dokumentationen i patientjournalen fick ett ökat fokus, där de påtalade bristerna fick en tydlig åtgärd i att alla sökord som inte var KVÅ-koder togs bort. (Sökord är de rubriker som används i en journal och KVÅ, Klassifikation av vårdåtgärder, är ett systematiskt och enhetligt sätt att använda sökorden på som rekommenderas av Socialstyrelsen). Vidare utvecklades avvikelsemallen med förtydliganden, ett arbete som kommer fortgå under 2024.

Sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling har under året gjort ett gediget arbete med att utbilda omvårdnadspersonal i syfte att höja kunskapen och öka patientsäkerheten. Förflyttnings- och lyftlicensutbildningar har också hållits kontinuerligt i syfte att undvika risker och skador vid patientförflyttningar. Legitimerad personal gick under februari en kvalitetsutbildning i syfte att tydliggöra uppdraget och ansvaret som patientansvarig legitimerad.

Palliativ vård, både lokalt och i samverkan med Region Uppsala har varit i fokus under året. En ny samverkansmodell för palliativ vård utvecklades under året i ett länsgemensamt delprojekt till Vård i hemmet och den startade under september 2023. Målsättningen är att den palliativa vården i hemmet ska bli mer jämlik över hela länet och vara mer personcentrerad och samordnad än tidigare. Parallellt med införandet av samverkansmodellen fastställdes och implementerades vår lokala rutin för palliativ vård under hösten. En högre andel av de avlidna hade haft brytpunktssamtal, men andelen registrerade i kvalitetsregistret är fortsatt på ungefär samma nivå som året innan.

Vi har haft en mycket positiv utveckling kring arbetet med BPSD-registret (BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och resan mot att bli Stjärnmärkta inom våra äldreboenden. Våra certifierade utbildare har haft flera utbildningstillfällen under året, och man har ökat antalet registreringar BPSD-registret med över 400 %.

Vi ser fortsatt att mätningar och följsamheten till basala hygien- och klädregler inte når upp till målet och att det kan innebära en risk för patienten. Riskbedömningar gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa utförs inte enligt rutin inom 3 dagar från att personen aktualiseras inom hemsjukvården, men riskbedömningarna som sådana har ändå blivit fler. Vi ser en försiktig förbättring avseende andelen trycksår i verksamheten vilket kan bero på en ökad medvetenhet efter insatta utbildningsåtgärder. Antalet läkemedelsavvikelser har ökat medan antalet fall minskat något under 2023.

Vi ser att det är alltmer avancerad sjukvård i hemmet och patienterna som skrivs ut från sjukhus har ett större behov av hälso- och sjukvårdsinsatser än tidigare. I slutet av året var trycket på korttidsplatser högt, vilket medförde många betaldagar för utskrivningsklara patienter som fick vara kvar på sjukhuset.

De kvalitetsförbättrande åtgärder som vi påbörjade 2023 kommer fortsätta under 2024.

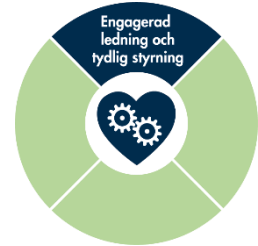
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

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



Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att risken för vårdskador ska minimeras. Det ska finnas ett väl fungerande samarbete mellan hälso- och sjukvården och omsorgen. Förutsättningen för trygghet i vård och omsorg är att det finns individuella planer enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), att individens sociala behov och omvårdnadsbehov inklusive rehabilitering tillgodoses.

Patienten ska vara delaktig i utformningen av den individuella vårdplanen och den ska utformas utifrån respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Patienten som får vård, omsorg och rehabilitering känner förtroende för personalens kompetens och bemötande samt får sakkunnig och korrekt information om vård- och omsorgsinsatser, hälsotillstånd samt behandling.

Inom vård och omsorg behöver vi agera för säker vård genom att mäta och analysera det vi gör för att ständigt kunna förbättra vården för patienten. Vidare behöver vi stärka analys, lärande och utveckling genom avvikelshantering i syfte att ge patienterna en trygg, säker och ändamålsenlig vård.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen i Tierps kommun är huvudman och vårdgivare. Ansvaret innefattar:

- det övergripande ansvaret för verksamheten
- att bestämma hur den egna verksamheten ska vara organiserad
- att det finns de lokaler och utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges.
- att fastställa kompetenskraven inom hälso- och sjukvården
- att bemanningen anpassas till varje verksamhetsområde, så att kraven på en vård av god kvalitet och säkerhet för patienterna kan upprätthållas.

Verksamhetschef, ansvaret innefattar:

- att inom ramen för de resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, leda och fördela arbetsuppgifterna så en hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses.
- att organisera verksamheterna så att en god planering av det dagliga arbetet säkerställer fokus på kontinuitet och säkerhet, samt att vårdrelaterade sjukdomar förebygg och begränsas.

- att säkerställa att hälso- och sjukvård kan ges och att samordning mellan hemsjukvårdsenheterna sker för ett säkert omhändertagande dygnet runt.
- att säkerställa att patienten görs delaktig i vården, att den planeras i samverkan med patienten och att den dokumenteras och informeras till patienten
- att verksamheten arbetar utifrån ett rehabiliterande arbetssätt med ett professionellt bemötande
- att fastställa former för fortlöpande samråd med MAS medicinskt ansvarig sjuksköterska samt MAR medicinskt ansvarig för rehabilitering i frågor som gäller den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.
- att samråda med MAS och MAR i frågor angående verksamhetens struktur och resursanvändning samt hur det medicinska ansvaret kan utövas på bästa sätt.

MAS medicinskt ansvarig sjuksköterska samt MAR medicinskt ansvarig för rehabilitering, ansvaret innefattar:

- att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - o Läkemedelshantering
 - o Rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL
 - o Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- att utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet
- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten.
- att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt ha anmälningsskyldighet vid tillbud.

Områdeschef, ansvaret innefattar:

- att leda chefer och utvärdera verksamhetens mål
- att utveckling av verksamheten sker
- att följa upp egenkontroller

Enhetschef, ansvaret innefattar:

- att rutiner och riktlinjer som är fastställda, är väl kända i verksamheten.
- att ny personal får den introduktion de behöver för att kunna ge en god och säker vård

Hälso-och sjukvårdspersonal, ansvaret innefattar:

- att hälso-och sjukvården som utförs följer vetenskap och beprövad erfarenhet
- att följa de riktlinjer och rutiner som finns i ledningssystemet

Externa stödfunktioner

Ledningen har tillgång till resurs och stöd av bl.a. Vårdhygien, Smittskydd och Strama (samverkan mot antibiotikaresistens)

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan internt

- Medicinskt ansvariga (MAS och MAR) deltar regelbundet i Forum för lärande och utveckling tillsammans med alla chefer inom vård och omsorg
- Medicinskt ansvariga har haft regelbundna forum med legitimerad personal. HSL-forum på respektive område samt separata arbetsterapeut/fysioterapeut- och sjuksköterskeforum. Även enhetschefer deltar på dessa forum.
- Medicinskt ansvariga samt sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling samverkar regelbundet med systemansvariga för journalsystemet VIVA, för att utveckla dokumentationssystemet och avvikelshantering.
- Enhetsmöten sker inom äldreomsorgen – en teamsamverkan för bl.a. utredning och analys av avvikelser.

Samverkan externt

- HSVO – Hälsa, stöd, vård och omsorg, är det övergripande forumet för samverkan mellan Regionen och länets kommuner på politisk- och tjänstemannanivå
- Vård i samverkan (ViS) är samlingsnamnet för de styrande dokument som stödjer huvudmännens samarbete i Uppsala län inom HSVO. Syftet med dessa riktlinjer är att tydliggöra huvudmännens ansvar, stärka samverkan och utgöra grund för lokala rutiner.
- Samverkan vid vårdens övergångar sker utifrån upprättade ViS-dokument
- Lokala samverkansmöten på ledningsnivå mellan den kommunala och regionala primärvården, Vårdcentralens samordningssköterskor samverkar även regelbundet med kommunens sjuksköterskor och biståndshandläggare för en trygg utskrivningsprocess.
- Patientsäkerhetsgruppen: Chefläkare på Regionen och länets alla medicinskt ansvariga
- Länsövergripande nätverk för MAS och MAR träffas regelbundet under terminerna för att utbyta erfarenheter och samverka kring gemensamma förbättringsförslag avseende patientsäkerheten.
- MAS är företrädare för länets kommuner i GAP-UL, en gemensam analysgrupp för samverkansprocesser i Uppsala län.
- Lokala arbetsgrupper (LAG): MAS företräder länet i LAG Diabetes samt Trycksår
- Lokala samverkansgrupper (LSG): MAR företräder länet i LSG Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
- Smittskydd, Vårdhygien och MAS-nätverket samverkar regelbundet i arbetet mot vårdrelaterade infektioner.
- MAR deltar i länsövergripande möten med kommunernas hjälpmedelscentral Hjälpmedel Uppsala Län samt nätverksträffar med länets Hjälpmedelsansvariga
- Läkarmedverkan via Tierps vårdcentral och jourmottagning, Mobila Teamet, Äldrevårdsenheten, ASH, NÄVE.
- Samverkan med öppenvård psykiatri samt habiliteringen i Tierp saknas.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet handlar om att begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.

Det finns upprättade rutiner för loggkontroller av användarkonton i journalsystemet samt Nationell patientöversikt och Cosmic Link.

SITHS-kort används för inloggning till kvalitetssystem och kommunikationssystemen med regionen.

Säker e-post samt säkra digitala möten finns att tillgå när behov finns av att skicka personuppgifter eller samtala kring känsliga uppgifter.

Digitalt signerade ordinationer underlättar spårbarhet och ökar säkerheten vid hantering av patients uppgifter.

På enheterna finns digitala lås på medicinskåpen för att kunna logga och behörighetsstyra.

En god säkerhetskultur

Under hösten infördes ett nytt mötesforum för samtliga chefer, medicinskt ansvariga samt verksamhetsutvecklare: Forum för lärande och utveckling. Syftet är att gemensamt kunna lära av varandras goda exempel och även få möjlighet till reflektion och dialog kring t.ex. nya rutiner och arbetssätt.



På forum med legitimerade har MAS och MAR en stående punkt för att delge olika avvikelsetredningar där man identifierat olika risker för patientsäkerheten. Dialog förs kring de åtgärder som har vidtagits eller planeras, för att minska risken för att de händer igen.

Under året har sjuksköterska med ansvar för kvalitetsutveckling haft utbildning i patientsäkerhet för omvårdnadspersonalen på vissa enheter. I den föreläsningen ingick bland annat vad som menas med en god säkerhetskultur, det gemensamma ansvaret kring patientsäkerheten, vad som räknas som vårdskada m.m. Målsättningen är att samtliga verksamheter inom vård och omsorg ska få ta del av den här typen av föreläsningar med hjälp av våra sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling.

Analysgrupp Tierp startade 2023 i syfte att analysera avvikelser i samverkan. Medicinskt ansvariga, enhetschefer, representanter för biståndsenheten och legitimerad personal träffas tillsammans med regionens representanter och Närvårdsstrateg. Här identifieras och analyseras patientrisker i samband med vårdens övergångar.

Adekvat kunskap och kompetens



Grundläggande utbildningar:

Delegeringsutbildning. Enligt rutin. För personal som i sitt arbete utför hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver delegering. Ska förnyas varje år. Inkluderar utbildning i säker överrapportering SBAR.

Hygien. Utbildningar via Vårdhygien i hygienrutiner, BHK-mätningar (BHK= basala hygien och klädregler) och praktisk utbrottshantering för både chefer och personal har hållits i omgångar under året.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demens). En sjuksköterska och en undersköterska i kommunen är certifierad utbildare inom BPSD. De har under året haft utbildning för personal på Särskilt boende för äldre (SÄBO). **Demens ABC** är också en grundläggande webb-utbildning för de som arbetar inom äldreomsorgen.

Förskrivarutbildningar för legitimerade avseende individuellt förskrivningsbara hjälpmedel via kommunens hjälpmedelscentral Hjälpmedel Uppsala Län (HUL).

Förskrivarutbildning för inkontinenshjälpmedel för sjuksköterskor som beställer inkontinensprodukter.

Utbildning i patientsäkra förflyttningar med och utan personlyft. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunen har under året kontinuerligt utbildat omvårdnadspersonal på olika enheter.

Palliativ vård. Målet är att all personal ska ha genomgått den webbaserade grundutbildningen för palliativ vård. Palliativa ombuden ska också gå avsedd utbildning som är ett samarbete med Regionen och Palliativa konsultteamet.

Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA- Mental Health First Aid). Målet är att sprida kunskap och beredskap för den ökade psykiska ohälsan samt att arbeta suicidförebyggande brett inom kommunen. Under året har personal inom Vård och omsorg deltagit vid dessa utbildningstillfällen.

Övriga utbildningar som genomförts under året:

Kvalitetsutbildning för legitimerade via 2Learn AB. 2 heldagar i februari 2023. Tema: ”Så leder Du som legitimerad patientansvarig kvalitet och säkerhet”. En utbildning i syfte att tydliggöra uppdraget och ansvaret som patientansvarig legitimerad när det gäller kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vårdnära teamarbete, samt i samarbetet med enhetschef.

Sårutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor. Oktober 2023. En halvdags-utbildning i Sår och Sårvård. Föreläsare: Sårteamet – OneMed.

SÄBO-dagarna. En årlig gemensam utbildning med regionens primärvårdsläkare som har läkaransvar på särskilda boenden och sjuksköterskor på särskilda boenden i kommunen. Enhetschefer och MAS deltar också på utbildningen.

AKK (alternativ och kompletterande information). Vissa enheter inom Funktionshindradeomsorgen har fått utbildning i detta kommunikationssätt för att minska risken för vårdskador genom att tidigare uppmärksamma fysiska och psykiska hälsobesvär.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten och/eller närstående, beroende på patientens vilja och förmåga, deltar i vårdplanering, riskbedömningar (Senior Alert), SIP (samordnad individuell vårdplan), uppföljningar av omvårdnadsinsatser, samt medicinska behandlingar och rehabilitering.

Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas tillvara enligt rutin och hanteras av enhetschef och i förekommande fall av MAS eller MAR.

Patienter och i förekommande fall närstående/anhöriga blir informerade vid utredning av vårdskador och risk för vårdskador. Vid allvarigare skador efterfrågas patientens upplevelse av händelsen. .



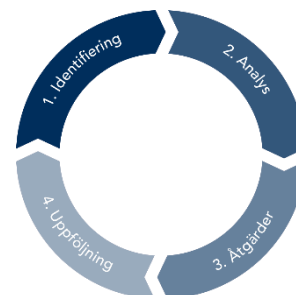
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroller genomförda 2023

Verksamhetsuppföljning av MAS och MAR

Utöver kvartalsvis sammanställning av avvikelser, mätningar och kvalitetsregister genomförde MAS och MAR under 2023 verksamhetsbesök på alla enheter inom äldreomsorgen. Syftet var att få en fördjupad uppföljning på respektive enhet kring följsamhet till och kännedom om rutiner. Målet är att genomföra dessa vartannat år som komplement till egenkontrollerna. Vartannat år för äldreomsorgen och vartannat år för funktionshindradeomsorgen. Resultatet från uppföljningarna finns med under respektive egenkontroll nedan.



Dokumentation - Journalgranskning (1 gång/år)

Mål: God följsamhet till rutinen för HSL-dokumentation, d.v.s. att dokumentationen i patientjournalen blir genomförd på ett patientsäkert sätt i enlighet med gällande lag och föreskrift.

Egenkontroll via journalgranskning 1 gång/år. MAS och MAR ansvarar och dokumentationsgruppen är delaktig i genomförandet. Resultatet redovisas på forum med legitimerade och chefer.

Resultat: Journalgranskning genomfördes under november, 20 journaler granskades fördelat på alla områden inom vård och omsorg. Resultatet visade på förbättrad följsamhet till att använda KVÅ-koder jämfört med tidigare år. De brister som framkom var främst dokumentationen kring vårdplanerna.

Åtgärd: Dokumentationsgruppen fortsätter sitt kvalitetsutvecklingsarbete kring dokumentation generellt men med extra fokus på tydliga vårdplaner.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering 1 gång/år

Resultat: I enlighet Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) genomfördes en kvalitetsgranskning av leg. Apotekare i februari 2023. Rapport/åtgärdsplan upprättades för varje enhet.

Hjälpmedel

- Årlig uppföljning av elrullstolar
- Halvårsvis inspektion av lyftselar
- Årlig besiktning av personlyftar
- Årlig kontroll av enheternas egna medicintekniska produkter

Implementeringen av Riktlinjen för medicintekniska produkter har fortgått under 2023, inga enheter är helt klara med det arbetet och således har årlig kontroll av medicintekniska produkter utförts i låg grad.

På särskilda boenden har lyftselar inspekterats enligt rutin och lyftar besiktigats. Elrullstolar har följts upp i lägre grad 2023.

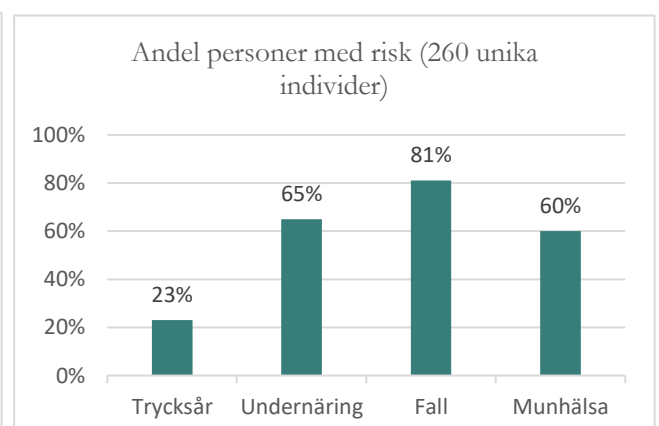
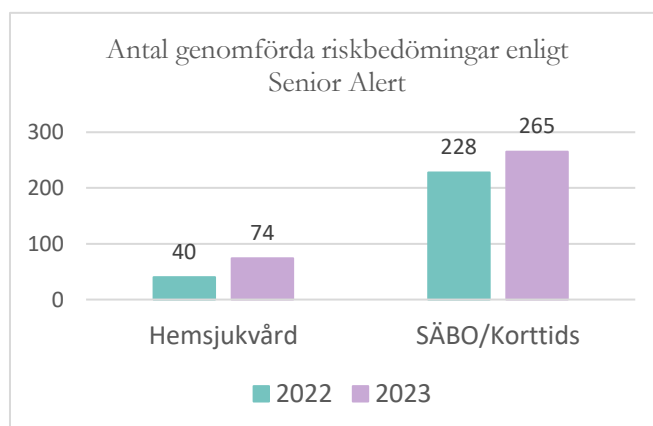
Riskbedömningar - Kvalitetsregistret Senior Alert

Riskbedömningar för att förebygga fallrisk, trycksår, undernäring och nedsatt munhälsa.

Mål: Riskbedömningar blir genomförda enligt rutin. Vårdplan med förebyggande åtgärder upprättas när risk identifierats. Egenkontroll kvartalsvis via kvalitetsregistret Senior Alert. Resultaten återkopplas på forum med legitimerade och chefer.

Resultat: Journalgranskning i samband med verksamhetsuppföljningarna inom äldreomsorgen påvisade att riskbedömningarna på nya patienter inte hinner genomföras under de första 3 dygna efter inskrivning i hemsjukvård eller inflytt på SÄBO, som är vår målsättning. De genomförs oftast senare.

Senior Alert: Totalt registrerades 339 stycken riskbedömningar på 260 unika individer under 2023 i Tierps kommun. (exklusive Vardaga). 79% av dem inom SÄBO och 21% inom ordinärt boende. Utifrån de riskbedömningar som registrerats hade 23% risk för trycksår, 65% risk för undernäring, 81% risk för fall och 60% har risk för nedsatt munhälsa. Åtgärdsplaner upprättas vid identifierad risk i de flesta fall (93%).



Analys av resultat: Trots att alla riskbedömningar inte hinner genomföras direkt i anslutning till inflytt på SÄBO ser vi en positiv trend i antalet genomförda riskbedömningar både inom SÄBO och ordinärt boende. SÄBO ökade ca 18% och även om ordinärt boende har en bit kvar till målet så ökade antalet registreringar med ca 55% jämfört med föregående år vilket vi ser som mycket positivt. Den positiva trenden kan bero på flera faktorer, dels har teamarbetet utvecklats på flera av enheterna under året, dels finns stöd från specialistsjuksköterska med ansvar för kvalitetsutveckling och förbättrad kontinuitet av legitimerad personal.

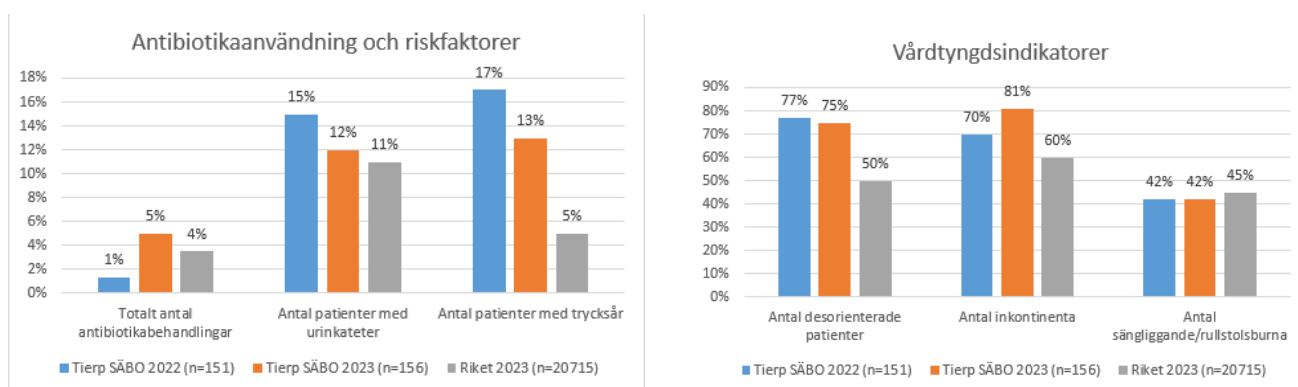
Åtgärd: Vi fortsätter vårt påbörjade utvecklingsarbete kring riskbedömningar som ett teamarbete.

Trycksår och Vårdrelaterade infektioner (VRI) - Svenska HALT, 1 gång/år

Svenska HALT är en mätmetod för att samla in data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, antibiotikaanvändning och vårdtyngd inom särskilt boende som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

Mål: Mäta förekomst av trycksår och antibiotikabehandlade infektioner via HALT 1 gång/år.

Resultat: HALT-mätning genomfördes i november på samtliga SÄBO för äldre. Totalt inkluderades 156 patienter (2022: 151 st.). Andel antibiotikabehandlade patienter 5% (riket 4%). Av riskfaktorerna framkom trycksår 13% (grad 1-4). Urinkateter 12%. Vårdtyngdsmätningen omfattas bland annat av desorienterade patienter som förekom i 75% av fallen.



Analys av resultat:

Trots en fortsatt högre andel trycksår jämfört med riket, ser vi positivt på resultatet då antal trycksår minskade med 4% jämfört med året innan. De utbildningsinsatser som har genomförts sedan HALT-mätningen 2022 har sannolikt börjat ge effekt. När det gäller indikatorerna för vårdtyngd så ligger vi något högre än riket. Hög vårdtyngd kan påverka förutsättningarna för att upprätthålla en god patientsäkerhet.

Andel med antibiotikabehandlade infektioner kan ha varit hög vid tidpunkten för mätning p.g.a. behandling av Covid19/Influensa med antivirala läkemedel. Andelen kateterbehandlade patienter har minskat något vilket är positivt.

Åtgärd: Sjuksköterskorna med ansvar för kvalitetsutveckling fortsätter med utbildningsinsatser kring trycksår och trycksårsförebyggande åtgärder under 2024. En ny mätning av förekomst av trycksår enligt

HALT-metoden planeras vid ett tillfälle under våren 2024 som ett led i det fortsatta kvalitetsarbetet för att minska antalet trycksår.

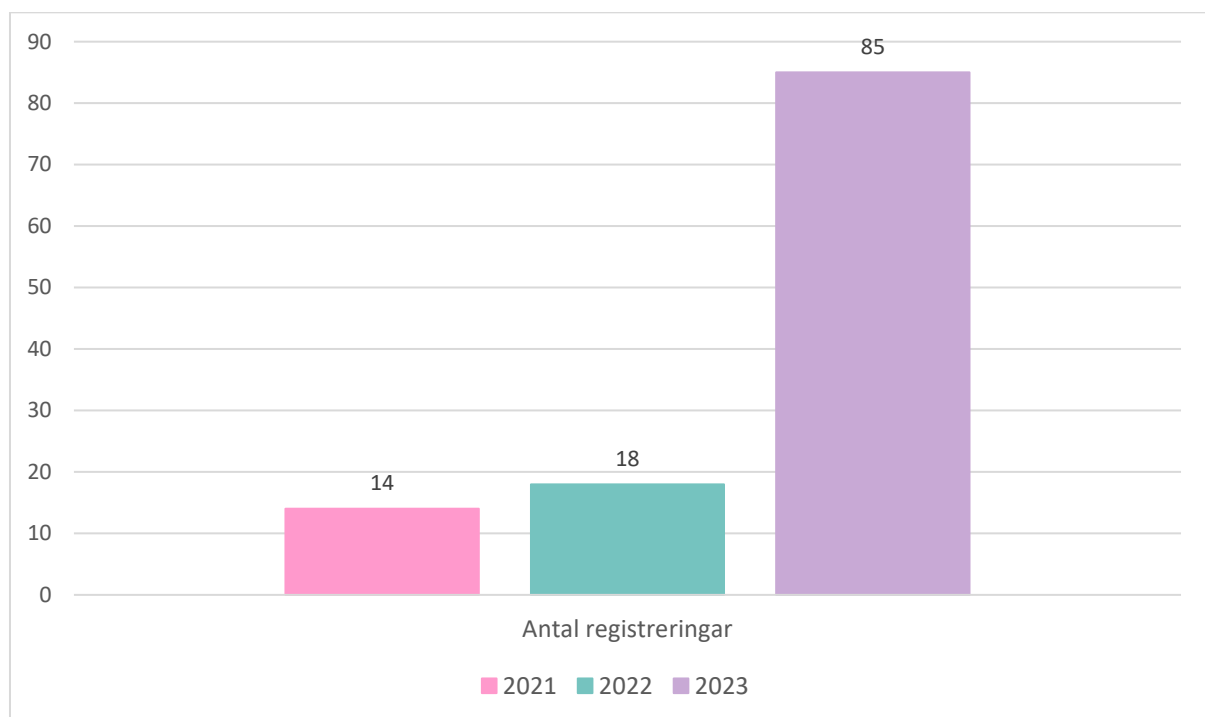
BPSD-registret

Syfte och mål med det nationella BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell med syftet att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet kring demens. Våra certifierade utbildare, en sjuksköterska och en undersköterska, har under 2023 haft utbildningar för vård och omsorgspersonal i kommunen. Under 2024 fortsätter resan mot Stjärnmärkning för alla våra särskilda boenden.

Samtliga särskilda boenden för äldre samt korttidsenheten arbetar med registret.

Under 2023 genomfördes 85 registreringar i BPSD-registret. En ökning med över 400% jämfört med 2022. Bidragande faktorer är att vi haft en god kontinuitet hos legitimerad personal samt fler BPSD-administratörer ute på enheterna. Ombudträffar kommer att införas på fler enheter under 2024 för att kvalitetssäkra det påbörjade arbetet inom BPSD-området.



Hygien

I vår *Handlingsplan för Vårdhygieniska åtgärder* framgår vilka vårdhygieniska åtgärder som ska genomföras inom vård och omsorg, för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Handlingsplanen som fastställdes 2022 ska följas upp årligen och resultatet redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och förekomst av antibiotika på SÄBO

Mål: Infektionsregistreringar genomförs på SÄBO för äldre varje månad. Resultatet sammanställs av vårdhygien i samarbete med STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens). Syftet är att få ett underlag till kvalitetsförbättrande åtgärder. Ett av våra delmål för 2023 var att mängden antibiotikabehandlade infektioner skulle minska.

Resultat: Infektionsregistreringarna har genomförts och skickats in till Vårdhygien enligt rutin under året. Vårdhygien var dock inte klar med sin sammanställning vid tidpunkten för upprättandet av denna patientsäkerhetsberättelse. Därav kan inte det resultatet redovisas här. Utifrån HALT-mätningen framkom dock att 5% hade en pågående antibiotikabehandling (riktet 4%).

Åtgärd: MAS planerar att analysera Vårdhygiens sammanställning i samverkan med SÄBO-läkarna för att identifiera behov av kvalitetsförbättrande åtgärder.

BHK-mätningar – följsamhet till rutin för Basala hygien och klädregler

Mätningar av följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädreglerna (BHK) sker med hjälp av strukturerade observationsmätningar och registrering i SKR's databas. Det är en viktig åtgärd för att förhindra smittspridning och därigenom öka patientsäkerheten.

Mål: BHK-mätningar genomförs enligt rutin varje månad på alla enheter och 100% följsamhet till alla 8 hygiensteg. Resultaten ska diskuteras på arbetsplatsträffar för att öka medvetenheten och följsamheten kring basala hygienrutiner. Ett av målen för 2023 var att öka antalet BHK-mätningar och följsamheten. Ett annat var att ha regelbundna hygienombudsträffar.

Resultat: Det totala antalet genomförda BHK-mätningar är fortfarande lågt för SÄBO, ca 1/3 del av det som är målet är genomförda. För de BHK-mätningar som är genomförda ligger följsamheten till alla 8 hygiensteg i snitt på 69 % för SÄBO, 82 % för Hemtjänst, 65 % inom FHO.

Analys av resultat: Orsakerna till att antalet BHK-mätningar inte når målet är sannolikt flera, men det som framkommer vid verksamhetsuppföljningarna är att det saknas hygienombud på vissa enheter. Att hemtjänsten ligger högre i grad av följsamhet beror sannolikt på att man i de enheterna oftast gör BHK-mätningarna som självskattningar då det inte finns förutsättningar att göra observationsmätningar (ofta ensamarbete).

Åtgärd: Sjuksköterskorna med ansvar för kvalitetsutveckling deltar på hygienombudsträffarna på respektive enhet som ett extra stöd och uppföljning av arbetet med BHK-mätningarna.

Hygienrond

Mål: Vårdhygien ansvarar för hygienronden på SÄBO vart 4:e år. Enhetschef tillsammans med MAS genomför uppföljande hygienrond 1 gång/år.

Resultat: Egenkontroll i Stratsys. 1 av 3 enheter har angivit att hygienrond är genomförd under 2023.

Analys av resultat: Vårdhygien genomförde hygienrond senast våren 2022 och det var efterföljande arbete och återkopplingar med vårdhygien under samma höst. Hygienrond 2023 kan ha fått låg prioritet då den nyligt var genomförd.

Åtgärd: Sjuksköterska med ansvar för kvalitetsutveckling har genom sin roll som stöd till enhetscheferna bokart in preliminära datum för hygienronder för alla enheter under våren 2024. De har också ett nära samarbete med Vårdhygien för att få mer kunskap inom området.

Handlingsplan för smittsamma sjukdomar

Mål: Varje enhet inom vård och omsorg ska ha goda kunskaper inom vårdhygieniska området och aktivt arbeta enligt gällande rutiner för att förhindra VRI och smittspridning i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar.

Resultat: Handlingsplan inför utbrott av smittsamma sjukdomar har skickats in av alla enheter enligt rutin. Utbildning - All personal inklusive chefer har genomgått de för området avsedda utbildningar. Enheterna som drabbats av utbrott har genomfört en utbrottsanalys enligt rutin. Vaccinationer för influensa och covid-19 har genomförts under våren och hösten för avsedda patientgrupper enligt gällande riktlinje och individuella ordinationer

Förekomst av utbrott:

Magsjukeutbrott: januari - en enhet (2st). Maj - en enhet (7 st).

Covid-19: januari, en enhet (15st) och enstaka fall i ordinärt boende (6 st). Feb-mars ca 3 fall/mån i ordinärt boende. April - en enhet (8 st). Maj-sep inga covidfall. Oktober – en enhet (12st) och ett mindre utbrott på en annan enhet (3st). Data har inhämtats från regionens databas SAS.

Analys: Goda kunskaper och aktivt agerande enligt gällande rutiner för att förhindra smittspridning har sannolikt bidragit till att magsjukeutbrotten snabbt kunde avgränsas. Covid-19 är fortfarande en utmaning då få har tydliga symtom vilket innebär att flera hinner bli smittade innan man uppfattar att någon är sjuk. Det är en god följsamhet kring rutiner för skyddsutrustning och det har fungerat bra med organisation och ledning på de enheter som drabbats av utbrott. Utmaningarna har mer varit i form av att tillsätta vikarier för sjukfrånvaro under dessa tider. Andel patienter som blir allvarligt sjuka av covid-19 är numera väldigt låg då vi nu har uppnått en högre immunitet i samhället och att vi vaccinerar de sköraste personerna.

Palliativ vård - Palliativa registret

Mål: Alla dödsfall inom kommunal primärvård ska registreras i Palliativa registret för att få ett verktyg att kvalitetsutveckla den palliativa vården i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. Ett delmål för 2023 var också att implementera den nya läns-gemensamma samverkansmodellen ViS Palliativ vård samt vår egna rutin för palliativ vård i Tierps kommun.

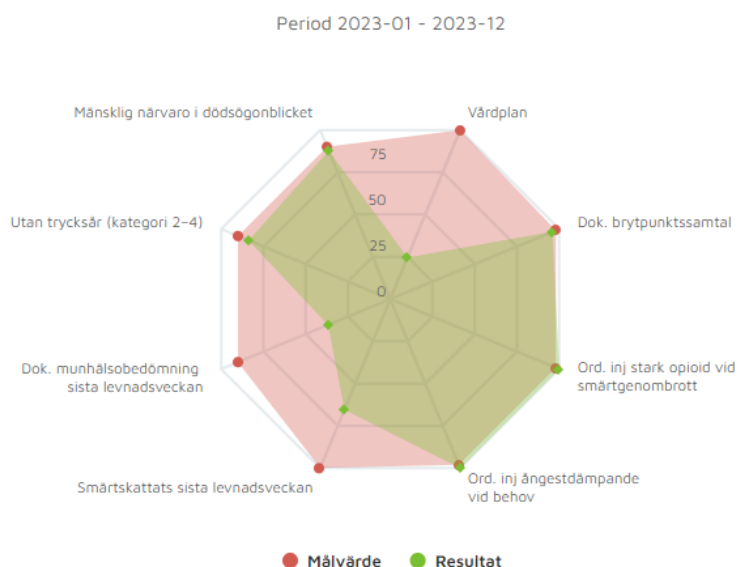
Resultat: Den nya läns-gemensamma samverkansmodell för palliativ vård började gälla 13 september 2023 och implementerades genom utbildningstillfällen som anordnades av regionen. Målsättningen med den nya modellen att den palliativa vården i hemmet ska bli mer jämlik över hela länet och vara mer

personcentrerad och samordnad än tidigare. Parallellt med den implementerades även vår egna rutin för palliativ vård i samband med HSL-möten med legitimerade och chefer på alla enheter.

Palliativa ombudsträffar har genomförts regelbundet på enheterna med stöd av sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling. Palliativ vård och symtomskattning ingår också numera i årshjulet för utbildningsstillfällen. Vi har också ett bra samarbete med Palliativa konsultteamet kring utbildning och handledning.

SÄBO inklusive korttidsavdelning: under året registrerades 55 % (27 av 49) i palliativa registret. (2022: 53 %). Vi har nästintill eller helt uppnått målvärden i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för brytpunktsamtal, läkemedel mot smärta/ångest samt mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. De kvalitetsindikatorer vi inte uppnått målen för är palliativ vårdplan (25%) munhälsobedömning (37%) samt smärtskattning sista veckan (65%). Andel dokumenterade brytpunktsamtal ökade från 57 % (2022) till 96% (2023).

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Analys av resultat: Målet kan anses vara uppfyllt när det gäller andel genomförda brytpunktsamtal. Sannolikt en effekt av dialoger i samverkan med SÄBO-läkarna och avvikelshantering. Ordinationer på symtomlindrande läkemedel, trycksårsförebyggande åtgärder och insättande av vak i livets slutskede är sedan länge väl inarbetade arbetssätt och resultaten är jämförbara med föregående år. Andelen upprättade palliativa vårdplaner är fortfarande låg vilket kan bero på en otydlig rutin hur den ska upprättas i journalsystemet. Den ordinarie vårdplanen med förebyggande åtgärder har dock oftast funnits tillgänglig. Kliniska bedömningar av symtom görs regelbundet även om man inte använt sig av särskilda skattningsskalor alla gånger, vilket ger en negativ effekt på resultatet i registret.

Antalet registreringar i palliativ registret är i stort sett oförändrat mot föregående år och orsaken kan vara att man prioriterar bort kvalitetsregistren när arbetsbelastningen upplevs hög.

Vi har här redovisat resultatet endast från särskilt boende inklusive korttidsplats då det har varit svårt att få fram data på hur många i ordinärt boende som vårdats i kommunal primärvård vid tidpunkten för dödsfallet.

Åtgärd: Vi fortsätter det påbörjade arbetet med kvalitetsutvecklingen av palliativ vård. Vi planerar att fortsätta dialogträffarna med SÄBO-läkarna (1 gång/termin). Reflektion kring resultaten från kvalitetsregistren fortsätter att göras på enhetsmöten där alla professioner deltar för att göra alla delaktiga i kvalitetsutvecklingen.

Läkarmedverkan och Läkemedelsgenomgångar

Det finns avtalad tid för läkarmedverkan på särskilt boende för äldre och patienter i ordinärt boende som omfattas av kommunal primärvård och vi har tillgång till läkare även på jourtid. Process för de årliga läkemedelsgenomgångarna på särskilda boenden finns beskrivna i ViS-dokument. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska på särskilt boende för äldre ansvarar tillsammans med läkare att planera så alla patienter får minst en läkemedelsgenomgång (medicinsk vårdplanering)/år.

Resultat. Under 2023 har läkemedelsgenomgång/medicinsk vårdplanering genomförts i olika grad på våra tre boenden. Andel för respektive boende är ca 35% - 78% - 86% enligt journalgranskning januari 2024.

Analys av resultat: Bristande förutsättningar att planera in läkemedelsgenomgångar har bidragit till den variation av resultat som kan ses. Problemet och riskerna har lyfts fram i samverkan med vårdcentralen och i dialog med berörda enheter.

Åtgärd: Uppföljning fortsätter kvartalsvis.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Under året har två händelser gått vidare till IVO som lex Maria-anmälan

- Vårdskada i form av trycksår som medförde behov av sjukhusvård på grund av infektionssymtom. Vidtagna åtgärder: Utbildning om trycksår och trycksårsförebyggande åtgärder.
- Vårdskada i form av Urosepsis som krävde akut sjukhusvård. Vidtagna åtgärder: Utbildning i säker överrapportering SBAR och vitala parametrar.

Båda händelserna har tagits upp på forum med legitimerade och chefer.

En anmälan avseende medicintekniska produkter gällande problem med låsratten på en av de upphandlade rollatormodellerna, har skickats in till Läkemedelsverket.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Under året har arbete pågått inför övergången till ett nytt ledningssystem. Enhetscheferna har varit delaktiga och ett stort arbete har gjorts för att rensa bort material som inte varit aktuella. Målet var att det ska bli lättare att hitta, något som nulägesanalysen 2022 visade var ett hinder för att kunna arbeta enligt de rutiner som finns. Ledningssystemet gick i skarpt läge vid årsskiftet.



Process för utskrivning från slutenvården

Utskrivning från slutenvården finns beskrivet i ViS-riktlinje samt vår lokala rutin. Inför utskrivning sker dialog mellan kommunen och regionen via kommunikationssystemet Cosmic Link. Cosmic Link används

även vid upprättande av samordnad individuell plan (SIP). Via Nationell patientöversikt (NPÖ) kan legitimerad personal få direktåtkomst till varandras journaluppgifter.

Delegeringsprocessen

Vi har en rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift som reglerar hur delegeringsprocessen ska genomföras för att vara patientsäker. Alfa eCare SignIT är vårt digitala system för delegering och ordinationer. Utförda ordinationer signeras i Alfa eCare's mobilapp av omvårdnadspersonal. Genom delegeringsmodulen i systemet kan man behörighetsstyra vad den delegerade kan utföra vilket minskar risken att personal utan rätt kompetens/delegering utför en HSL-insats.

Journal och dokumentation

I enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (HSLF-FS 2016:40) sker hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt ICF/KVÅ. En rutin finns för att säkerställa att HSL-dokumentationen blir utformad på ett patientsäkert sätt. Uppföljning av följsamhet till rutin sker genom journalgranskningar 1 gång/år.

Förskrivning av hjälpmedel

Förskrivning av hjälpmedel följer Förskrivningsprocessen enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2021:52 samt fastställda riktlinjer och rutiner.

Palliativ vård

Den palliativa vården i länet utgår från Vård i Samverkans riktlinje för palliativ vård samt vår lokala rutin för palliativ vård.

Kvalitetsregister

Vård och omsorg använder sig av kvalitetsregister i syfte att bidra till den nationella kunskapsbasen, men även i syfte att främja systematiskt arbetssätt i stöd av identifiering av risker hos patienter.

Säker vård här och nu

Riskhantering

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



Vårdens övergångar

Regionen har ett fortsatt ansträngt läge som ger följdverkningar i kommunen med flera patienter som skrivs ut snabbt. Behovet av plats på särskilt boende ökade under 2023 vilket medförde ett högt tryck på korttidsplatser under en längre tid än vanligt vilket stoppade upp flödet från slutenvården. Vilket i sig medförde många betaldagar för utskrivningsklara för kommunen. För att få hem utskrivningsklara köptes 7 korttidsplatser av Vardaga. Det ska även tilläggas att Regionen också stängde många vårdplatser under denna period, vilket medförde ytterligare påfrestningar på kommunen.

Avancerad hemsjukvård förekommer allt oftare, vilket ökar kravet på god patientsäkerhet i kommunen och god samverkan med Regionens verksamheter. Genom nya samverkansriktlinjen gällande palliativ vård har förutsättningarna förbättrats för avancerad sjukvård i hemmet, ASH (specialistansluten palliativ vård) att skriva in fler för palliativ vård i hemmet, vilket ställer högre krav på att kommunen även har resurser

att möta det ökade behovet. Regelbundna avstämningar med ASH startades under hösten 2023 i syfte att stärka samverkan och utveckla patientsäkra arbetssätt.

IVO-tillsynen 2023

IVO fick tidigt under covid-19-pandemin indikationer på risker i särskilda boenden för äldre (SÄBO) och initierade en nationell tillsyn inom området. Tillsynen omfattade särskilda boenden för äldre i kommunal regi. I Tierp genomfördes den fördjupade tillsynen i början av 2023 och utifrån IVO's beslut kunde vi konstatera att alla kommuner som ingick i granskningen hade erhållit samma beskrivning av identifierade brister inom följande områden: kompetens, kontinuitet, dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

Som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genomfördes efter IVO's beslut ett gemensamt kvalitetsutvecklingsarbete i form av två halvdagar med workshops där alla sjuksköterskor och enhetschefer inom äldreomsorgen, MAS, MAR, områdeschef och verksamhetschef deltog. Av det som framkom under dessa workshops kunde vi skapa en handlingsplan för att arbeta mer systematiskt med kvalitetsförbättringar dels inom de riskområden som IVO och vi själva identifierat, men även utifrån det som framkommit i nulägesanalysen som genomfördes under 2022.

Kommunen har återrapporterat vidtagna och planerade åtgärder till IVO enligt begäran.

Kvalitetshöjande åtgärder 2023

I samband med IVO's granskning av kommunens särskilda boenden för äldre genomfördes eller påbörjades ett flertal kvalitetshöjande åtgärder:

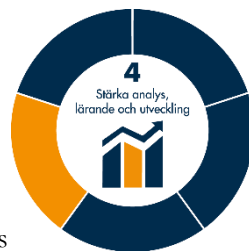
- Samtliga sökord som inte var kopplade till KVÅ-koder togs bort och ersattes av Socialstyrelsens föreslagna koder. (Sökord är de rubriker som används i en journal och KVÅ, Klassifikation av vårdåtgärder, är ett systematiskt och enhetligt sätt att använda sökorden på som rekommenderas av Socialstyrelsen).
- Rutin för palliativ vård fastställdes och implementerades i hela kommunen.
- Materialet för delegeringar reviderades och kompletterades med nya instruktioner där det tidigare saknats. Under 2023 tillkom delegeringsmodulen i e-signeringen som möjliggjorde att vårdpersonal enbart kan signera insatser som de har delegering för samt att de får en påminnelse när det är dags att förnya delegeringen.
- Utbildningsinsatser till omvårdnadspersonal kring bl.a. sårvård, benlindning och trycksår.
- Sjuksköterska med ansvar för kvalitetsutveckling har haft utbildningstillfällen i grupp till sommarvikarier inför läkemedelsdelegeringar, för att öka förutsättningarna till en säker delegering.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Mål: Alla händelser som medför risk för vårdskada eller en vårdskada rapporteras och hanteras enligt rutin med syfte att stäkra patientsäkerheten. Utredning och analys av avvikelser ska genomföras så långt det är möjligt i det multiprofessionella teamet på enheten.



Resultat: Sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling har under året utbildat kring vårdskador på enheterna. HSL-avvikelsemallen reviderades under hösten i syfte att förenkla för personal.

Egenkontroll

Avvikelse sammanställs 4 gånger/år samt årligen i Patientsäkerhetsberättelsen.

Antal rapporterade avvikelser i avvikelssystemet som rör hälso- och sjukvård

Händelse	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
Läkemedelsavvikelser	587	667	827
Fallavvikelser	1720	1786	1707
Medicintekniska produkter	18	15	16
Bristande omvårdnad	43	44	41
Bristande rehabilitering	13	7	20
Övriga	66	48	129
Summa avvikelser	2381	2567	2740

Läkemedelsavvikelser

Mål: En patientsäker läkemedelshantering. Målsättningen för 2023 har varit att minska på antalet läkemedelshändelser som uppstår av samma orsaker samt att implementera den reviderade delegeringsrutinen som har fått ett förtydligande kring delegeringsprocessen.

Resultat: Under året har det registrerats totalt 827 läkemedelsavvikelser, de motsvarar 30 % av det totala antalet HSL-avvikelser. Utebliven dos är fortfarande vanligaste orsaken 61 % (508 st). Förväxling av patient har förekommit vid 13 tillfällen under året.

Rutinen för delegering har implementerats på samtliga enheter under året. Handlingsplaner för att arbeta mer systematiskt kring läkemedelsavvikelserna begärdes in av MAS under året och de har upprättats på vissa enheter och är under arbete på andra.

Analys av resultat: Det ökade antalet läkemedelsavvikelser jämfört med föregående år bedöms dels bero på ökat antal beviljade HSL-insatser totalt men också att man genom utbildningsinsatser blivit mer uppmärksam på vad som är en avvikelse och inte. T.ex. inaktuella läkemedelslistor, utebliven signering osv.

De flesta förväxlingar av patient där intag skett, är inom SÄBO. Risken för förväxlingar på SÄBO är sannolikt högre då det saknas individuella läkemedelsskåp. Antalet förväxlingar är i stort sett oförändrat jämfört med föregående år. Det har inte skett någon allvarlig vårdskada i något av fallen, även om riskerna för det är stor i samband med förväxling.

Åtgärd: Enheterna fortsätter det förebyggande arbetet med att arbeta systematiskt kring läkemedelsavvikelserna. Uppföljningar och analys av avvikelsestatistik genomförs av MAS, MAR och sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling varje kvartal.

Fallavvikelser

Mål: Förekomsten av fall som kunnat förhindras ska minska. En målsättning för 2023 var att fortsätta arbetet med fallprevention utifrån länsgemensamt material som skulle tas fram i MAS/MAR-nätverket.

Resultat: Under 2023 har det registrerats 1707 fallhändelser, det motsvarar 62 % av alla HSL-avvikelser och är något färre än 2022. Ungefär hälften av de som fallit har fallit minst en gång tidigare de senaste 30 dagarna. På särskilt boende för äldre är det vanligt med 1-2 brukare som faller ofta och drar upp statistiken. Bedömd fallrisk finns hos en högre andel av de som faller, jämfört med 2022. Av de fall som ledde till att patienten behövde uppsöka sjukhus (n=42) hade de flesta en bedömd fallrisk och åtgärder kopplade till detta (n=29). Materialet från MAS/MAR-nätverket lyftes på olika forum och finns att tillgå i ledningssystemet.

Analys av resultat: Enskilda patienter som faller ofta drar upp statistiken och det kan vara mycket svårt att få bukt med dessa fall, trots flertalet insatta åtgärder. Trots riskbedömning och åtgärder kan vi inte förhindra alla fallolyckor.

Åtgärd: Under 2024 ska en rutin för fall tas fram där materialet från MAS/MAR-nätverket är en del. Det är viktigt med tidiga insatser för att förebygga fall, helst redan vid första kontakt. Det behöver också vara tydligt vad personalen ska göra i händelse av ett fall, även detta ska inkluderas i rutinen.

Medicintekniska produkter

Mål: Säker och ändamålsenlig medicinteknik

Resultat: Ungefär hälften av de rapporterade avvikelserna rörde inte medicinteknik och dessa har sällats bort i statistiken (n=14). Av de kvarstående är felande rollatorer den största andelen.

Analys av resultat: det är svårt att veta vad som är medicinteknik och i avvikelsemallen kunde flera avvikelse typer anges i en och samma avvikelse vilket blev förvirrande. Gällande rollatorerna har detta anmälts enligt rutin och företaget har justerat produkten för att undvika fler problem.

Åtgärd: Samtal har förts med rollator-företaget som kommer justera produkten ytterligare med en ny mekanism för höjdjustering. Avvikelsemallen har justerats så endast en kategori kan väljas för avvikelsen.

Bristande omvårdnad

Mål: Att genom avvikelseanalyser och relevanta åtgärder minska antalet händelser orsakade av bristande omvårdnad/bedömning som kan leda till vårdskada

Resultat: 41 avvikelser berörde bristande omvårdnad/bedömning/utförande. Det motsvarar 1,5 % av det totala antalet avvikelser. Där framkommer t.ex. bristfälligt utförda kompressionslindningar och såromläggningar av delegerad personal, bristfällig bedömning/utförande/planering av sjuksköterska o.s.v.

Analys av resultat: Det är fortfarande en viss okunskap kring vad som är en HSL-avvikelse och en SoL-avvikelse vilket kan ge missvisande statistik i våra rapporter. Brist på kunskap bedöms vara den främsta orsaken till brister vid insatser som utförs av delegerad personal. När det gäller avvikelser kring sjuksköterskeinsatser så kan perioder av hög arbetsbelastning vara en betydande faktor men brist i kompetens förekom i vissa fall.

Åtgärd: Kunskapskraven för de olika delegeringsuppgifterna är nu förtydligade i delegeringsrutinen. Uppföljning av följsamhet till delegeringsrutinen kommer att följas upp av MAS-MAR. Utbildningsinsatser inom olika HSL-insatser som brukar delegeras har genomförts under året på flera enheter och det är ett pågående arbete även under kommande år. Genomförs av sjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling. Även sjuksköterskor har fått utbildning bl.a. patientsäkerhet och inom sårvård under året.

Bristande rehabilitering

Mål: Att alla patienter med bedömt behov ska få den rehabilitering de har rätt till var en målsättning för 2023.

Resultat: Antal avvikelser gällande bristande rehabilitering är fortsatt få, men är fler än förra året. De rör oftast utebliven träning. Under en period var en fysioterapiassistent sjukskriven och då tillkom flera avvikelser eftersom träning inte hunnits med eller glömts bort. I stort sett alla avvikelser (n=17) är skrivna på ett hemtjänstområde. Avvikelser gällande bristande rehabilitering utreds i låg omfattning, endast 4 avvikelser har en uppföljning. Hög arbetsbelastning är det som vanligen anges i uppföljningen.

Analys av resultat: Det är svårt att bedöma om alla har fått den rehabilitering de har rätt till. Det fåtalet ärenden som finns att analysera visar på att det främst rör enstaka missade insatser, inte konsekvent utebliven rehabilitering. Det har inte gått att få fram varför avvikelser skrivs i stort sett enbart på ett område. Har man träning på andra områden, men där utförs det alltid, eller skrivs inga avvikelser? En del menar att de inte lägger ut träning på omvårdnadspersonalen i så hög utsträckning, då de upplever att rehabplanen ändå inte följs, de har hellre få patienter med träning som de, själva eller med hjälp av fysioterapeutassistent, kan hinna med, än att fler har träning om det ändå bortprioriteras av omvårdnadspersonalen. Om det bortprioriteras är inte fastslaget. Alla områden har fysioterapiassistenter som kan bistå arbetsterapeut och fysioterapeut. Fysioterapiassistenterna arbetar även med Trygg hemgång, och beroende på hur många på ett område som beviljas den insatsen, kan de inte bistå arbetsterapeut och fysioterapeut i samma utsträckning.

Åtgärd: Vi behöver lyfta vikten av rehabilitering överallt i olika forum. Att patienter får den träning de har ordinerats är av stor vikt för att patienten ska kunna fortsätta vara så självständig som möjligt.

Avvikelser i samverkan med andra vårdgivare

Mål: Att bibehålla patientsäkerheten vid vårdens övergångar. Genom gemensam analys av avvikelser i samverkan kan vi förbättra processerna som skapats för att förebygga risker och negativa händelser.

Resultat: Under året har ca 25 avvikelser skickats från kommunal primärvård till regionen. 36 % (9 st) handlade om utebliven överrapportering om insatt läkemedelsbehandling vilket medfört fördröjd behandling i vissa fall. I övrigt handlade avvikelserna om bland annat kvarglömda PVKer (venkateter för dropp/infusion) och brister kring kommunikation i utskrivningsprocessen.

Från regionen till kommunen inkom ca 13 avvikelser till den kommunala primärvården (2022: 9 st). 4 stycken (30%) handlade om utskrivningsklara patienter som är kvar i slutenvården i väntan på korttidsplats. I övrigt handlade avvikelserna om t.ex. bristande kommunikation i utskrivningsprocessen.

Analys av resultat: Informationsöverföring mellan vårdgivare är fortfarande en stor utmaning, dels p.g.a. olika journalsystem men även att t.ex. akutsjukvården/ambulansen inte är med i det gemensamma

kommunikationssystemet Cosmic Link. Hur varje enhet arbetar i Cosmic link kring utskrivningsprocessen är också avgörande.

Åtgärd: Kvalitetsförbättrande åtgärder pågår fortlöpande hos båda huvudmännen. I Tierp har vi ett bra samarbete med vårdcentralen kring utskrivningsprocessen vilket ger oss goda förutsättningar att förbättra patientsäkerheten allteftersom vi identifierar brister. MAS och MAR deltar regelbundet i samverkan med regionen för att analysera de brister som identifierats i samband med vårdens övergångar. GAP-UL har under året haft utbildningsinsatser för alla vårdgivare i bl.a. utskrivningsprocessen.

Klagomål och synpunkter

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

Medborgare kan lämna klagomål och synpunkter via Medborgarservice eller direkt till enheten. Ärenden rörande hälso- och sjukvårdsområdet hanteras och utreds av MAS och MAR. Alla inkomna synpunkter sammanställs i ett avsett dokument som verksamhetschef för vård och omsorg ansvarar för.

En synpunkt inkom gällande att rehabiliteringen som erbjuds i kommunen är olika beroende på var i kommunen patienten bor. Utredningen visade att det förekommer skillnader, men ingen vårdskada skedde i detta fall. Ett arbete har påbörjats för att säkerställa en mer jämlik rehabilitering i kommunen.

Inga synpunkter har inkommit via Patientnämnden till Tierps kommun under 2023.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

- Socialstyrelsen rekommenderar en månads beredskap i hemmet av läkemedel och förbrukningsartiklar som förskrivits av hälso- och sjukvårdspersonal. Instruktioner har gått ut till alla sjuksköterskor att beställa en större mängd läkemedel. En utmaning är dock att läkarna inte alltid anpassar recepten för att ha möjlighet att ta ut extra lager.
- Alla enheter förväntas ha en månads förbrukning av skyddsutrustning i form av t.ex. handskar och desinfektionsmedel i lager. Kontorsgruppen ansvarar för inköp till ett centrallager som enheterna avropar från.
- Bemanningen av sjuksköterskor anpassas utifrån vårdtyngd och förstärks alltid vid storhelger.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2024 kommer vi att fortsätta arbeta med alla påbörjade kvalitetshöjande åtgärder inom de områden som beskrivits under rubrikerna Agera för säker vård och Stärka analys lärande och utveckling.

De mål och strategier som beskrivs nedan omfattar de områden som vi lägger ökat fokus på under 2024.

Område	Mål	Planerade åtgärder/aktiviteter	Egenkontroll
Fall-prevention	Ta fram ett systematiskt arbets sätt för att hantera och förebygga fall	Arbetsgrupp planeras inom kommunen för att ta fram rutin för fall och fallprevention.	Avvikelse systemet
Avvikelser	Arbeta systematiskt med avvikelser	Utvecklingsarbete kring utredning, analys och åtgärder kopplade till avvikelser.	Avvikelse systemet
Palliativ vård	God palliativ vård	<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt arbete utifrån den palliativa ViS-riktlinjen med samverkan med ASH. Symtomskattningen behöver komma igång på fler enheter. Upprätta lokalt ViS kring hjälpmedelsförsörjningen för palliativa patienter som har insatser från ASH 	Palliativa registret Journalgranskning
Vård-relaterade infektioner	Minskad användning av antibiotika	Analysera Vårdhygiens sammanställning i samverkan med SÄBO-läkarna för att identifiera behov av kvalitetsförbättrande åtgärder.	Infektionsregistreringar SÄBO HALT
Hjälpmedel	Uppföljningar enligt rutin	Färdigställa arbetet med att enheternas egenköpta hjälpmedel registreras och kontrolleras enligt lagar och förordningar.	Egenkontroll Verksamhetsuppföljning

Utmaningar

Vi ser en stor utmaning i att möta behovet av ökade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmen där alltför många multisjuka och palliativa vårdas. Det är av stor vikt att det skapas förutsättningar i form av kompetens och resurser för att möta upp det behovet.

Samverkan med regionen upplevs som en utmaning av våra verksamheter. Vi ser en förflyttning av ansvar från region till kommun då alltmer vård ges i hemmet samt att vi upplever att det finns brister i samsynen framförallt när patienterna bedöms vara färdigbehandlade, trots stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över hela dygnet. SoL-platser (Korttids) uppfattas ofta felaktigt av slutenvården som HSL-platser, vilket medför att de förväntar sig en vård- och rehabiliteringsnivå som inte kommunen har ansvar, resurser eller kompetens för.

Sedan 1 januari 2024 är det lagstadgat med rehabilitering på primärvårdsnivå. Det uttalade lagkravet att tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar kan innebära ökad vårdtyngd för legitimerad personal. Satsning på förebyggande, rehabiliterande samt habiliterande insatser som ett förstärkt område kommer sannolikt innebära minskat lidande för patienter och i förlängningen minskade kostnader inom andra områden.