HEBY KOMMUN

Heby kommun – en växande landsbygdskommun med närhet, trygghet och livskvalitet

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Vård- och omsorgsnämnden

2025-03-04

Innehållsförteckning

Inledning 3

Sammanfattning 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5

- Engagerad ledning och tydlig styrning 5
- Övergripande mål och strategier 5
- Organisation och ansvar 6
- En god säkerhetskultur 9
- Adekvat kunskap och kompetens 9
- Patienten som medskapare 10

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 12

- Öka kunskap om inträffade vårdskador 14
- Har vården varit säker 14
- Tillförlitliga och säkra system och processer 14
- Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system 15
- Säker vård här och nu 16
- Är vården säker idag 16
- Riskhantering 16
- Stärka analys, lärande och utveckling 16
- I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information 17
- Avvikelser 20
- Lex Maria 22
- Klagomål och synpunkter 22
- Öka riskmedvetenhet och beredskap 22

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 24

Bilaga 1 25

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 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”.

Sammanfattning

Under året har aktiviteter fortsatt att genomföras utifrån den handlingsplan för patientsäkerhet som togs fram år 2022.

En aktivitet under 2024 har varit att tydliggöra avvikelseprocessen, utbilda chefer och medarbetare i hanteringen samt att ta fram nya mallar för avvikelserapportering för att tydliggöra och förenkla hanteringen. Ett fokus i den framtagna utbildningen har varit att belysa vikten av en god säkerhetskultur utifrån områden som till exempel ett tillåtande klimat och förståelse för varför avvikelser ska rapporteras.

Ett viktigt förbättringsarbete har under året varit att stärka vårdprevention genom användning av kvalitetsregister. Detta har lett till positiva resultat, en tydlig uppgående trend för en ökad patientsäkerhet. För att höja kvaliteten inom läkemedelshantering har en ny delegeringsutbildning tagits fram. Utsedda sjuksköterskor genomför utbildningen för all personal som ska erhålla en ny delegering. Heby kommun har, i samverkan med vårdhygien, tagit fram en handlingsplan med syfte att genom förebyggande arbete minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning inom samtliga vård- och omsorgsverksamheter genom att arbeta effektivt, långsiktigt och systematiskt för perioden 2025–2027.

Brister i patientsäkerhetskulturen har uppmärksammats i kommunen, utvecklingsområden som identifierats finns särskilt inom avvikelserapportering och det rådande säkerhetsklimatet. Varje enhet har genomfört en uppföjning där de redogjort för sitt arbete med säkerhetskultur utifrån kvalitetsarbeten och arbetsplatsträffar.

Sedan hösten 2024 pågår ett arbete för att stärka kompetensförsörjningen. Målet är att skapa en attraktiv arbetsplats med låg personalomsättning och att bevara kunskap och erfarenhet. Behovet av inhyrd legitimerad personal minskade under förra året och trenden har fortsatt även under 2024. Ett förväntat resultat av förändringen är att patientsäkerheten förbättras genom en ökad kontinuitet i det patientnära arbetet.

Utifrån resultat och utmaningar kommer 2025 års målsättning vara att,

- vårdgivaren Heby kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet
- patienter är delaktiga i sin vård och erbjuds bedömningar och åtgärder från ett multiproffessionellt team
- förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten
- minska risken för att kommunens invånare ramlar

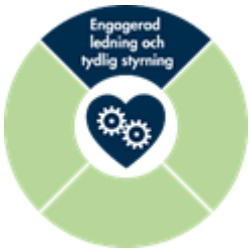
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Figur 1. Måluppfyllelse 2024

Mål 2024	Aktiviteter	Måluppfyllelse - Utvärdering
Förbättra det systematiska patientsäkerhetsarbetet, genom att kvalitetssäkra arbetet med kvalitetsregister	Samtliga vård- och omsorgsboende har utbildade administratörer och registrerar i BPSD- registret	Samtliga vård- och omsorgsboende registrerar. Totalt har åtta nya administratörer utbildats Målet uppfyllt
	Öka täckningsgraden i Svenska Palliativregistret inom samtliga av vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter	Antal reg. 2023: 28 Antal reg. 2024: 41 Målet uppfyllt
	Öka antalet riskbedömningar i Senior alert på samtliga vård- och omsorgsboenden	Målet uppfyllt
	Öka antal genomförda och uppföljda åtgärdsplaner i Senior alert på samtliga vård- och omsorgsboenden	Målet uppfyllt
Läkemedelsbehandling ska komma patienten till nytta, genom att säkerställa och utveckla hanteringen av läkemedel	Lokal utbildning inför delegering av läkemedelshantering	Målet är uppfyllt
	Läkemedelsgenomgångar ska genomföras och dokumenteras	Läkemedelsgenomgångarutförs enligt uppgift men har ej kunnat säkerställas i dokumentationen. Målet delvis uppfyllt
Utveckla dokumentation inom hälso- och sjukvård	Skapa en lärande process för legitimerad personal, genom kollegiala journalgranskning	Förutsättning att genomföra aktiviteten har inte funnits Målet ej uppfyllt

Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare tillika huvudman. Vårdgivaren har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå på särskilda boenden för äldre, service- och gruppboende inom LSS, daglig verksamhet inom LSS, annan dagverksamhet samt hälso- och sjukvård i ordinärt boende för personer från 17år.Verksamheterna har drivits i egen regi under 2024.

Förvaltningschef
Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Verksamhetschef
Verksamhetschef har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Verksamhetschef ska omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för verksamheten så att en god och patientsäker vård som främjar kostnadseffektivitet säkerställs. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Verksamhetschefen tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvariga (Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR)
I den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut eller fysioterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).
MAS och MAR har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla, utveckla och följa upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet samt utgöra ett stöd för organisationen och professionerna.
MAS och MAR har ett särskilt ansvar avseende att,

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare bestämt
- journalföring utifrån patientdatalagen förs
- beslut om delegering är patientsäkra samt
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering

MAS och MAR utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och på delegation från nämnden anmäla enligt lex. Maria, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef
Enhetschefen ansvarar för att erbjuda god vård och omsorg på enheten, vilket innebär att säkerställa att det finns en ändamålsenlig organisation och skapa förutsättningar för sin enhet att genomföra uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, genom att medarbetarna har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter med hänsyn till de krav som ställs på verksamheterna, skapa förutsättningar för en personcentrerad vård samt säkerställa att rutiner är kända på enheterna.

Hälso- och sjukvårdspersonal
Hälso- och sjukvårdspersonal inom vård och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar såsom att ge patienterna en säker och omsorgsfull vård, ansvara för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren.

Medarbetare
Samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till styrande lagar, förvaltningens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsar-

betet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, rutiner och riktlinjer samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs. Inom hemtjänsten har en ny funktion tillsatts med bland annat en uppgift att arbeta med det systematiskt kvalitets-och utvecklingsarbete. Det innebär att hemtjänsten givits större möjlighet att analysera statistik, handleda och sammanställa information till medarbetare.

Stödfunktioner
Inom vård- och omsorgsförvaltningen utvecklingsenhet arbetar stödfunktioner såsom verksamhetsstrateger, verksamhetsutvecklare digitalisering/systemansvarig, verksamhetskontroller, administratörer samt systemförvaltare för att stödja och samordna det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

Planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet

Arbetsgrupp hälso- och sjukvård är ett forum där verksamhetschefer, mas, mar och enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten deltar. Ett syfte är att kvalitetssäkra och utveckla den kommunala primärvården samt att rapportera, informera och bereda beslutsfattande punkter till förvaltningens ledningsgrupp, till exempel kan det infatta beslut rörande ekonomi och organisation.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I Uppsala län har kommunerna och regionen en gemensam samordning och ledning av hälsosystemets områden inom samverkansorganisationen hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). HSVO representeras kommunerna av socilachefer/förvaltningschefer och regionen av ledningsfunktioner inom region Uppsala. Samverkansorganisationens främsta uppgift är att besluta om gemensamma riktlinjer som styr samverkan mellan länets samtliga kommuner och region Uppsala. Styrdokumenten som reglerar samverkan mellan region och kommunerna inom länet går att hitta i kvalitetshandboken, vård i samverkan (ViS).

- Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Utskrivningsplaneringen påbörjas i samband med inskrivning och pågår alla dagar oavsett helg eller vardag. Patienten ska enligt ett personcentrerat arbetssätt vara delaktig och i förekommande fall ska närstående involveras i planeringsprocessen. Samarbetsprocessen vid utskrivning beskrivs i en riktlinje där ansvarsfördelningen mellan slutenvård, öppenvårdsmottagningar, regional och kommunal primärvård samt socialtjänst är fördelad.
Syfte med riktlinjen är att, tydliggöra processen för in- och utskrivning från slutenvården och skapa förutsättningar för en god och säker planering inför hemgång för den enskilde samt att utgöra grund för upprättande av lokala rutiner så att patientsäkerhet och ledtider säkras.
Övervägande av de utskrivningsplaneringar som utförs sker digitalt. Heby kommun använder nationell patientöversikt (NPÖ) för sammanhållen journalföring för att säkerställa informationsflödet när patienter förflyttas mel-lan slutenvård och öppenvård. När regionen journalför överförs informationen till NPÖ. För att sammanhållen journalföring via NPÖ ska vara möjlig mellan vårdgivare måste det finnas ett samtycke från patienten.

- Vårdhygien och smittskydd

Vårdhygien är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet och syftar till att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska smittspridning inom vård och omsorg. Det spelar också en central roll i arbetet mot antibiotikaresistens. Heby kommun har, i samverkan med vårdhygien, tagit fram en handlingsplan med syfte att genom förebyggande arbete minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning inom samtliga vård- och omsorgsverksamheter genom att arbeta effektivt, långsiktigt och systematiskt för perioden 2025–2027. Planen är indelad i åtta kärnområden enligt NAG Vårdhygiens (Nationell arbetsgrupp för vårdhygien) vägledning. För varje område finns mål och aktiviteter som redan är genomförda och underhålls, samt vissa insatser som syftar till förbättringar.

Smittskyddsenheten arbetar för att förebygga och begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Den ansvarar för rekommendationer om vilka grupper som ska erbjudas vaccination, ger riktlinjer för genomförandet och följer upp vaccinationsföljsamheten. Vård- och omsorgsförvaltningen samarbetar nära med både vårdhygien och smittskyddsenheten för att säkerställa en trygg och säker vårdmiljö.

- Läkarmedverkan

Läkarmedverkan omfattar patienter med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt korttidsplats.

Hembesök görs när läkare bedömer att det är motiverat på grund av patientens sjukdom, funktionsnedsättning eller sociala situation. Under 2024 har ett nytt avtal om läkaruppdrag arbetats fram där det på ett tydligare sätt framgår att även andra grupper än som ovan nämnts omfattas.

- Effektiv och nära vård 2030

Effektiv och nära vård 2030 är ett storskaligt förändringsarbete med en gemensam målbild för Uppsala län, bestående av fyra delar:

Nära – vård finns nära mig på nya sätt.

Effektiv – min vård hålls samman med stöd av rätt kompetenser som känner mig.

Samskapande – jag är en aktiv och självklar partner i min egen vård.

Hälsofrämjande och förebyggande – jag får stöd i att främja min hälsa

Projekt och aktiviteter pågår inom flera olika områden enligt fastställd plan.

- Avvikelser i vårdkedjan

Avvikelser som inträffat hos en annan vårdgivare men identifieras av kommunen eller vise versa benämns som avvikelse i vårdkedjan och hanteras utifrån en särskild process utifrån styrdokumentet "Avvikelsehantering i samverkan" i ViS.
Syftet är att identifiera brister så att dessa kan återrapporteras, utredas och åtgärdas. Vanligast är avvikelser i samband med in- och utskrivning från slutenvården. Brist på kommunikation och samverkan anges som den mest förekommande orsak till avvikelser i vårdkedjan. Allvarliga avvikelser i vårdkedjan och/ eller flertalet liknande avvikelser i vårdkedjan som exempelvis tyder på organisatoriska brister hanteras i särskild patientsäkerhetsgrupp, ett länsövergripande forum med fokus på den övergripande patientsäkerheten i länet.

- Lokal samverkan mellan kommunal och regional primärvård

Kommunen och vårdcentralerna har regelbundna träffar med fokus att samverka och utveckla gemensamma samverkansområden. En gång per termin medverkar vårdcentralernas läkare i dialogmöte där minst ett fokusområde diskuteras utifrån ett nuläge och eventuell utveckllingsbehov. Fokusområden under året har varit palliativ vård och läkemedelsgenomgång.

Informationssäkerhet

Heby kommun har interna anvisningar kring informationssäkerhet som gäller samtliga nämnder och verksamheter. Anvisningarna beskriver vad som är viktigt att tänka på, bland annat vad gäller:

- E-post
- Sociala medier
- Distansarbete
- Program
- IT-utrustning
- Lagring av information

DISA - Digital informationssäkerhetsutbildning är en självstudiekurs i informationssäkerhet. Det är obligatoriskt för alla anställda att ta del av den digitala informationssäkerhetsutbildningen.

Personuppgiftsincidenter rapporteras skyndsamt till dataskyddsombud som därefter fördelar incidenten till ansvarig enhet.

Heby kommun har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa ruitn för egenkontroll säkrar verksamheten att loggkontroller utförs för de olika systemen som används inom verksamheterna.

SITHS-kort inloggning är en nationell elektronisk säkerhet som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster, såsom Pascal, Nationell Patientöversikt (NPÖ) och kvalitetsregister. All legitimerad personal använder SITHS - kort.

För spårbarhet och säker läkemedelshantering med loggfunktion, ersätts skåp för förvaring succesivt med digitala lås till läkemedelsförråd och läkemedelskåp i lägenheter inom vård- och omsorg. Hälso- och sjukvården har läkemedelsförråd där de delar dosetter och tar emot dosrullar från apoteket samt förvarar patienters läkemedel.

Nationell patientöversikt (NPÖ) som är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som gör det

möjligt att, utifrån gällande lagstiftning, LAG (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, dela och ta del av patientinformation mellan huvudmän och vårdgivare genom direktåtkomst. Genom NPÖ finns rätt information tillgänglig för behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid rätt tillfälle, vilket innebär att risken för felbehandlingar och felmedicinering minskar. Vårdkvaliteten och patientsäkerheten ökar genom att aktuell information snabbt är tillgänglig samt underlättar samordning av vårdinsatser och ger en helhetsbild av patienten. För att ta del av informationen krävs att patienten samtycker, att personal har en aktuell vårdrelation, informationen har betydelse för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar eller skador hos patienten.

Alla sjuksköterskor inom hälso- och sjukvårdsenheten har idag läsbehörighet i NPÖ.

En god säkerhetskultur

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

En god säkerhetskultur kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador, minimera risker, ett arbetsklimat där personalen våga rapportera och diskutera samt ställa frågor om säkerhet. Ett förhållningssätt där ingen skuldbelägger varandra och en organisation där alla lär av negativa händelser som inträffat samt är medvetna om riskerna för sådana händelser. En god säkerhetskultur innebär att alla inom hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Ledare och chefer har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur.

Patientsäkerhetsarbetet är en ständigt pågående process som lyfts och diskuteras i olika forum inom verksamheten. Det sker på arbetsplatsträffar, teamträffar, kvalitetsmöten och i det vardagliga arbetet på enheterna. Ämnet tas även upp informellt, exempelvis under fikapauser, samt kommuniceras i veckobrev. För att stärka kunskapen har MAS bjudits in till arbetsplatsträffar för att informera om läkemedelshantering. Legitimerad personal har deltagit i dialoger kring avvikelsehantering. Ämnet har också varit en del av individuella samtal, såsom medarbetarsamtal.

På ett av vård- och omsorgsboende har en tvärprofessionell grupp, inklusive MAR, bildats för att hantera fallproblematik, vilket har lett till flera åtgärder. Dessutom har individuella riskanalyser genomförts med tillhörande åtgärder och uppföljningar för patienter och brukare.

I april anordnades en workshop på enhetschefsnivå, där fokus låg på vad som kännetecknar en god säkerhetskultur. Viktiga faktorer som lyftes var en engagerad ledning, tydlig styrning, ansvarsfördelning genom hela organisationen, kunskap och utbildning, samt ledningssystem som beskriver säkra processer. Även samverkan, trygghet i arbetsgrupperna och ett tillåtande arbetsklimat framhölls som avgörande för en god säkerhetskultur. Det betonades också att patienter, brukare och närstående ska involveras både i det dagliga arbetet och i identifiering av risker samt avvikelseanalyser. Under hösten genomfördes en uppföljning där varje enhet redogjorde för sitt arbete med säkerhetskultur utifrån kvalitetsarbeten och arbetsplatsträffar.

På enhetschefernas arbetsplatsträffar finns en stående punkt där MAS och MAR deltar för att informera om och följa upp exempelvis utredningar enligt lex Maria. Syftet är att sprida kunskap, reflektera över åtgärder och stärka en lärande organisation. Även avvikelsehantering, delegationsförfarande, uppföljningar i signeringsverktyget och följsamhet av ordinationer har lyfts i dialog. Dessutom har information getts om hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar. Interna möten inom hälso- och sjukvårdsgruppen har genomförts för att lyfta operativa frågor och utvecklingsbehov. Enhetschefer har medverkat i en teoretisk och praktisk utbildning i avvikelsehantering.

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.

På ledningsnivå har verksamhetschefer och enhetschefer genomgått utbildningar för att stärka ledarskapet. Verksamhetschef HSL deltar i utvecklingsprogram för MAS, MAR och verksamhetschef. Enhetschefen för Hälso- och sjukvårdsenheten samt verksamhetschefen för Äldre och Funktionsstöd tillika verksamhetschef HSL, har genomgått utbildning i utvecklande ledarskap.

För att säkerställa hög kompetensnivå inom läkemedelshantering har samtliga ordinarie medarbetare och vikarier genomgått fysiska delegeringsutbildningar, kompletterade med en digital utbildning via Demenscentrum. Under året har även utbildningar genomförts inom psykisk ohälsa, Lex Sarah, Senior Alert samt dokumentation och rapportering via VC-appen (en innovativ plattform vilken möjliggör lättillgängligt utvalt kunskapsstöd inom vård och omsorg).

Fortsatta satsningar på kompetensutveckling sker inom områden som Stjärnmärkt (en utbildningsmodell med syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats), personcentrerat arbetssätt och språkutveckling, där cirka 60 nya språkombud har utbildats. Medarbetare får också regelbunden fortbildning i förflyttningskunskap, hygienrutiner, BHK, palliativ vård och deltagande i ombudsträffar.

För att stärka patientsäkerheten fick sommarvikarierna en särskild utbildningsdag med fokus på centrala områden inom vård och omsorg. Nya medarbetare genomgår ett omfattande utbildningspaket som inkluderar hygien, äldreomsorgens nationella värdegrund, dokumentation, läkemedelshantering och demensens ABC. Dessutom genomförs utbildningar via VC-appen inom basala hygienrutiner, språkutbildning, vårdförkortningar, omsorgsbegrepp och rapportering.

För att långsiktigt stärka kompetensen har kommunen även investerat i utbildningsplatser för undersköterskor. Under 2024 studerar 15 ordinarie medarbetare till undersköterska och förväntas bli klara nästa år. Dessutom vidareutbildar sig fyra undersköterskor till specialistundersköterskor, vilket kommer att utöka det totala antalet till 14. Ett nätverk för specialistundersköterskor har bildats, där flera kommuner deltar med syftet att stärka och utveckla rollen.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

För att uppnå god och säker vård har patienter och närstående involverats i verksamhetens arbete på flera sätt. Delaktighet har varit en central del i både planering och uppföljning av insatser, med fokus på personcentrerad vård och omsorg. Patienter anslutna till hemsjukvård och patienter boende på vård- och omsorgsboende erbjuds årliga medicinska vårdplaneringar och erbjuds möjlighet att aktivt delta i planeringen, och vid behov eller önskemål bjuds även närstående in efter samtycke.

Synpunkter och klagomål hanterats enligt fastställda rutiner, med åtgärder vid behov. Ett behov av att förbättra arbetet med att systematiskt sammanställa de synpunkter som lämnas direkt till personalen har identifierats.

För att skapa en tydligare struktur kring närståendes roll har en ny rutin för anhörigmöten tagits fram inom vård- och omsorgsboende. Dessa möten innehåller information om brukarråd, genomförandeplanens betydelse, personcentrerat arbetssätt och hantering av krissituationer där närstående kan vara en resurs. Vid dessa möten ges även information om kontaktpersonens uppdrag, aktiviteter och kostråd, där både patienter

och närstående kan delta. Mötena leds av olika professioner från verksamheten och kan även inkludera externa aktörer för att inhämta synpunkter och utvecklingsförslag. För att ytterligare stärka patient- och närståendedelaktighet prövas i år en metod där närstående, patienter och brukare involveras i analysarbetet av den nationella äldreundersökningen via Kolada (en öppen databas med nyckeltal och olika analysfunktioner med syfte att stödja arbetet med analys, jämförelser och uppföljning i kommuner och regioner).

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroller som varit aktuella under året beskrivs i tabell nedan. Där framgår omfattning av egenkontrollerna och hur informationen inhämtats. Resultat av egenkotrollerna, *Rehabinsats- Avivsering larm = Insatser är inte utförda och Läkemedel - Avisering larm = Insatser är inte utförda*, kommer inte att redovisas på grund av inrapporteringfel.

Resultat av genomförda egenkontroller redovisas dels i löpande text nedan och dels i bifogad fil.

Figur 2. Egenkontroller 2024

Egenkontroll	Metod	Omfattning
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Registrering utifrån observationsblankett	1g/månad
Journalgranskning	Granskning av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournaler	1g/år
Vårdhygienisk egenkontroll/hygienrond	Inspektion enligt mall	1g/år
Läkemedelshantering -Extern kvalitetsgranskning	Inspektion med protokoll	1g/år
Narkotikakontroll	Uppgifter hämtas från APPVA. Rapportera antal kontrollräkningar som inte är utförda (enbart SSK-skåp).	1g/månad
Delegeringar	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera antal delegeringar som har löpt ut.	1g/månad
Rehabinsats- Avisering/larm = insatser är inte utförda	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera andel ej utförda rehab insatser	1g/månad
Läkemedel - Avisering/larm = insatser är inte utförda	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera andel ej utförda insatser läkemedel.	1g/månad
Nattfaste-mätningar	Registrering utifrån protokoll	2ggr/år
Loggkontroller	Kontroll i Viva	2ggr/år
Delegering - planering	Delegeringar som går ut inom 50 dagar visas för möjlighet till planering.	

Hygien

Basala hygienruitner och klädregler (BHK)

Målet är att samtliga av vård- och omsorgsnämndens verksamheter vilka bedriver vård och omsorg uppvisar 100% följsamhet till BHK. Observationsmätningar har utförs månatligen inom flertalet av enheterna och rapporteras in i Stratsys som en egenkontroll för enheten. Enhetschef följer upp sitt reultat på APT varje månad.

Resultat:

På vård- och omsorgsboende har BHK-mätningar utförts enligt rutin och visar över lag ett gott resultat. Bästa

resultat genomgående finns vad gäller andel genomförda kontroller som visat korrekthet i alla klädsteg. Flera enheter mäter 100 % stor del av året. Några enheter uppvisar en försämring av följsamhet i hygienrutiner. Enhetschefer beskriver ett ständigt arbete med information och en lärande organisation för att upprätthålla hög standard. Inom Funktionsstöd har brister funnits i följsamhet gällande BHK-mätningar. Korttidsvistelse enligt LSS har inte kunnat påbörja BHK-mätningar då medarbetare inte genomfört obligatorisk utbildning. Inom Hälso- och sjukvårdsenheten påbörjades BHK-mätning i oktober 2024 med resultat utan avvikelser.

Analys och åtgärd:

Brister i följsamhet kopplat till basala hygienrutiner under sommaren är övergripande inom funktionsstödsområdet och hemtjänsten. Det kan bero på en högre andel tillfällig personal och begränsade förutsättningar för en god och välarbetad introduktion. Inom hemtjänsten kan en förklaring vara behov av ökad kompetens. En orsak till att kontroller inte utfördes kan vara byte i chefsled och problem i inmatningssystem samt avsaknad av hygienombud. Nya hygienombud utbildades under året vilket resulterat i fyra nya ombud med tydligt uppdrag.Utbildning i basala hygienruitner och klädregler för medarbetare och enhetschef ska genomföras under februari 2025. Ett annat identifierat behov är återkommande utbildning i basal hygien för ordinarie medarbetare samt tillfälliga medarbetare under sommarperioden.

Vårdhygienisk egenkontroll - Hygienrond

Inom Funktionsstöd och Hälso- och sjukvårdsenheten har vårdhygieniska egenkontroller genomförts utan större avvikelser bortsett sommarperioden.

En enhet inom vård- och omsorgsboende har haft kontroll av vårdhygien i mars månad. Övriga enheter har avvikelse då vårdhygieniska egenkontroller inte är utförda.

Loggkontroll

Loggkontroller är genomförda i alla enheter utan avvikelse bortsett från enskild kontroll för korttidsenheten i oktober, där både systemadministratörer och chefskollegor kontrollerades. Systemförvaltare på vård- och omsorgsförvaltningen uppmärksammas angående avvikande loggkontroll på Korttidsenheten.

Nutrition

God nutrition är en grundläggande del av patientsäkerheten, särskilt hos äldre. En balanserad kost bidrar till att förebygga undernäring, främjar återhämtning och stärker livskvaliteten samt påverkar att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Bedömning av risk för undernäring påbörjas direkt i samband med inskrivning i hemsjukvård och vid inflytt till ett vård- och omsorgsboende av sjuksköterska. När en bedömning visar på att patienten har en risk för undernäring eller är undernärd fortsätter sjuksköterskan sin utredning för att i möjligaste mån finna bakomliggande orsaker. Vid behov kontaktas dietist.

Nattfastemätning

Särskild uppmärksamhet bör riktas mot att minimera nattfasta, då för långa perioder utan näringsintag kan öka risken för komplikationer kopplat till undernäring. Socialstyrelsen har utfärdat en rekommendation angående nattfastans längd för att motverka undernäring och dess komplikationer, samt för att öka energi- och näringsintaget hos vårdtagarna. Nattfasta är tiden mellan kvällens sista mål och första målet dagen efter och bör inte överstiga 11 timmar. En längre nattfasta gör det svårt att hinna täcka energi- och näringsbehov. Mätning av nattfastans längd ska utföras inom samtliga vård- och omsorgsboende två gånger/år, varje mätning utförs under en vecka. Mätningens sammanställning med tillhörande analys ska presentera orsaker, åtgärder och resultat.

Resultat:

Ett vård- och omsorgsboende visar en god trend vad gäller nattfastan som successivt minskat sedan 2022. Enheten har haft ett stort fokus just på måltidens betydelse och att få till rutiner för att minska nattfasta. Till exempel ges alltid kvällsmediciner med en kaloririk dryck och enheten har också provat en ny lista för nattfastemätning som uppfattats som enklare att förstå och fylla i. På en enhet har endast få personer under 11 timmars nattfasta. En enhet beskriver att flera patienter valt en längre nattfasta, där har sjuksköterska haft individuella samtal för att öka förståelse och fortsatt arbete och åtgärd är samtal kring matens betydelse i gruppform.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering i kommunal primärvård innefattar hela processen från ordination och förvaring till administrering och uppföljning av läkemedel. Arbetet sker i nära samarbete mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, med fokus på att säkerställa en trygg och säker läkemedelsanvändning som stödjer patientens hälsa och livskvalitet. Detta uppnås bland annat genom en god följsamhet till

gällande rutiner inom området.

Resultat:

Egenkontroller i signeringsverktyget påvisar låg följsamhet i kontrollräkning av narkotika samt signering av läkemedel.

Förvaring av läkemedel

För att säkerställa att läkemedel förvaras korrekt och oåtkomligt för obehöriga, följer verksamheten tillverkarens anvisningar samt krav på att läkemedel ska bevaras på ett sätt som förhindrar kvalitetsförsämring. Förvaringen sker i särskilda läkemedelsförråd anpassade efter verksamhetens inriktning och omfattning. Under året har säkerheten förstärkts för patienter i ordinärt boende genom installation av låsbara skåp med spårbarhet.

Extern kvalitetsgranskning

En extern granskare genomför årligen en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen inom samtliga verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs. Vid dessa granskningar deltar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer, sjuksköterskor samt omsorgspersonal. Återkoppling sker direkt i samband med granskningen, och en skriftlig rapport med tillhörande handlingsplan sammanställs. Verksamheterna ansvarar därefter för att anpassa rutiner och arbetssätt i enlighet med granskningens slutsatser och MAS rutiner för läkemedelshantering.

Delegering av läkemedelshantering

Utifrån identifierat behov och tidigare kritik från IVO har kommunen vidtagit åtgärder för att säkerställa att delegering av läkemedel sker på ett tryggt och säkert sätt. Rutinerna för delegering har reviderats och en ny lokal obligatorisk utbildning har tagits fram. Utbildningen syftar till att stärka personalens kunskap och kompetens samt att garantera att delegeringar genomförs i enlighet med gällande regelverk och patientsäkerhet.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker

Totalt har fem avvikelser initialt bedömts som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och har på grund av allvarlighetsgraden skickats till medicinskt ansvariga för bedömning och eventuell fördjupad utredning. En av dessa resulterade i en fördjupad utredning och bedömdes vara risk för allvarlig vårdskada utifrån utebliven rehabilitering. En handlingsplan är upprättad och flera åtgärder är påbörjade. Händelsen anmäldes till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) enligt lex Maria, ärendet är pågående.

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.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

- **Palliativ vård**

En arbetsgrupp bildades bestånde av medarbetare från de olika verksamhetsområdena inom vård och omsorg med syfte är att bidra till utveckling av interna arbetssätt, utarbeta checklistor, vårdplaner samt idenifiera fortsatta utvecklingsområden i den palliativa vården. Arbetsgruppen träffas vid ett flertal tillfällen under året.

- **Avvikelsesystem**

Avvikelseprocessen, rapportera, utreda, åtgärda och följa upp har tidigare konstaterats vara ett prioriterat utvecklingsområde. Otydlighet i ansvar och praktiska svårigheter i systemet Viva är några faktorer som har identifierats. Ett fokus under 2024 har varit att tydliggöra avvikelseprocessen, utbilda chefer och medarbetare i hanteringen samt att ta fram nya mallar för avvikelserapportering för att tydliggöra och förenkla hanteringen. Ett fokus i den framtagna utbildningen har varit att belysa vikten av en god säkerhetskultur utifrån områden som till exempel ett tillåtande klimat och förståelse för varför avvikelser ska rapporteras.

- **Processkartläggning**

Kvalitetsarbetet under 2024 har präglats av processkartläggningar, ett arbete som startades under 2023. Fokus har varit på kärnprocesser och avvikelseprocessen, något som gynnar patientsäkerheten. Arbetet har inneburit processkartläggning, identifiering av risker, revidering av rutiner och instruktioner , skapa nya instruktioner och omfattande utbildningsins insatser för chefer och samordnare/teamleder. Tydliga och lätttillgängliga rutiner och instruktioner är en förutsätttning för att arbeta patientsäkert.

- **Infektionsregistrering**

Infektionsregistrering på särskilda boenden för äldre (SÄBO) i Uppsala län har pågått sedan 2016. Sedan 1 januari 2024 rapporteras uppgifterna in digitalt i verkyget Barium, vilket tillhandhålls av Region Uppsala. Syftet med infektionsregistreringen är att tjäna som ett underlag för ett riktat förbättringsarbete. I infektionsregistreringen ingår rapportering av:

- antalet antibiotikabehandlade infektioner hos vårdtagare.
- antalet vårdtagare med kvarliggande urinkateter.
- antalet vårdtagare med bärarskap av antibiotikaresistenta bakterier

Resultat för 2023 visar att Heby kommun har en högre andel kateterbärande patienter och en högre förekomst av antibiotikaordination oavsett indikation jämfört med länets övriga kommuner. Orsak och anlays av resultatet kommer att inledas. Aktiviteter för att minska antal vårdtagare med KAD samt förekomst antibiotikabehandling kommer att tas fram i samverkan med den regionala primärvården. Resultat och analys för Heby kommun 2024 kan under våren hämtas från regionens statistikprogrammet SAS Viya.

- **Handlingsplan för utbrott av smittsamma sjukdomar**

Hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) tog år 2023 ett beslut att varje verksamhet som bedriver kommunal vård och omsorg ska upprätta en handlingsplan enligt ViS- Samverkan avseende smittskydd, vårdhygien och hygien i Uppsala län, "handlingsplan inför utbrott av smittsamma sjukdomar". Handlingsplanen ska innehålla vilka åtgärder som ska vidtas vid risk för smittspridning och misstanke om utbrott av smittsam sjukdom (smittsam magsjuka och luftvägsinfektioner). Syftet med handlingsplanen är att varje verksamhet ska arbeta och efterleva den lagstiftning som avser förebyggande av smittspridning i den egna verksamheten. Tidigt insatta och riktade åtgärder och rutiner minskar risken för smittspridning. Samtliga enheter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter där det bedrivs vård och omsorg har upprättat en handlingsplan inför utbrott av smittsamma sjukdomar. Handlingsplanen utformats utifrån ett digitalt verktyg vilket tillhandhålls av vårdhygien, region Uppsala.

- **Nytt verksamhetssystem för registrering av medicintekniska hjälpmedel**

Under 2024 har omfattande förberedelser genomförts inför implementering av ett nytt hjälpmedelssystem,

som planeras att tas i bruk mars 2025. Kommunerna har funnits med som referensgrupp till projektet som drivs av HUL (Hjälpmedel Uppsala Län) som i sin tur drivs av Uppsala kommun. Anpassningar såsom arbetsätt, utformning av lager och hantering av produkter har genomförts av en projektgrupp för att möta lokala anpassningar. 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 kontakt med konsulent och tekniker, vilka är viktiga områden för att kunna genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett säkert och effektivt sätt.

- **Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD)**

Den 1 januari 2023 slutade patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring (6 kap.) att gälla och ersattes då av lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation/SVOD.

SVOD är ett sätt för olika vårdgivare och omsorgsgivare att under vissa förutsättningar dela vård- och omsorgsdokumentation. Syftet med SVOD att förbättra och förenkla kommunikation mellan olika vård- och omsorgsgivare genom att ge varandra tillgång till relevant dokumentation. En arbetsgrupp bildades under året för att dels identifiera kommunens behov av att införa SVOD och hur det skulle införas för att säkerställa krav enligt lag. Arbetet beräknas vara slutfört under 2025.

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.

Är vården säker idag

Förebyggande arbete

Vårdprevention är fortsatt ett prioriterat utvecklingsområde. Registreringar i kvalitetsregister behöver öka och bli del av verksamhetrenas pågående systematiska kvalitetsarbete. Det kan innebära att uppföljning av resultat analyseras och genererar förutsättningar för fortsatt utvecklingsarbete. En åtgärd för att kunna genomföra vårdprevention är att det multiprofessionellt teamet ges organisatoriska förutsättningar för att träffas.

Kompetensförsörjning

Verksamheterna arbetar aktivt med den stora kompetensförsörjningsfrågan. En god arbetsmiljö, bra scheman och att medarbetarna känner sig delaktiga i inriktningsmål och riktning är också en aspekt för att behålla medarbetare oavsett roll. Starten på ett stort arbete, ett nytt arbetssätt med kompetensförsörjningsfrågan pågår sedan i hösten 2024. Att vara en attraktiv arbetsplats där medarbetare trivs och vill arbeta, låg personalomsättning och art bevara kunskap och erfarenhet är en viktigt aspekt för patientsäkerheten. Behovet av inhyrd legitimerad personal minskade under förra året och trenden har fortsatt även under 2024. Ett förväntat resultat av förändringen är att patientsäkerheten förbättras genom en ökad kontinuitet i det patientnära arbetet.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

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.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister har en viktig roll i förbättringsarbetet. Data kan användas för att följa resultatutvecklingen i den egna verksamheten, men också för att jämföra med andra delar av landet. Med stöd av data från registren går det att skapa tydligare rutiner och arbetssätt.

Det är lagkrav att varje patient får information före registrering i Nationellt kvalitetsregister. Informationen ska vara tydlig och möjlig att ta till sig och kan behöva anpassas för den enskilde patienten. Kvalitetsregister gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. Ett grundläggande krav för att få registrera uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister är att patienten gett sitt samtycke.

- **Demensvård med stöd av BPSD-registret**

Beteendemässiga och psykiska störningar vid demens (BPSD) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Genom att identifiera symtom och vidta multiprofessionella vårdåtgärder strävar registret efter att minska lidande och öka livskvaliteten. Under 2024 har totalt 73 registreringar genomförts, en ökning från 25 registreringar 2023 och 16 registreringar 2022. Samtliga vård- och omsorgsboenden är aktiva i registret, och under året har åtta nya administratörer utbildats.

- **Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert**

Senior Alert är ett kvalitetsregister med fokus på förebyggande vårdprevention utifrån fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande orsaker, utforma förebyggande åtgärder och följa upp resultatet. Riskbedömningar ska genomföras 1-2 ggr per år eller om det finns förändringar i patientens funktion eller behov.

Behovet av att arbeta förebyggande bedömdes inför 2024 vara ett prioriterat område med målsättningen att öka antal registreringar och arbeta med samtliga delar i verktyget, det vill säga inte bara genomföra riskbedömningar utan även fokusera på åtgärder och uppföljningar.

Resultat:

Under 2024 har 149 personer riskbedömts och det har totalt genomförts 216 st riskbedömningar i kommunen. Av dessa bedömdes 85 % ha en risk inom något av områdena. Fördelat enligt nedan tabell, det är vanligt att man har risk inom fler än ett område.

Figur 3. Källa: Senior alert

	Trycksår	Undernäring	Fall	Munhälsa
Andel av riskbedömningarna som har visat på risk inom respektive område	19 %	47 %	69 %	21 %
Totalt resultat för Sverige	29 %	59 %	78 %	48 %

Det är en liten ökning från tidigare år gällande antal unika personer och totalt antal utförda riskbedömningar, med en tydlig ökning från 44 personer till 67 personer som fått mer än en riskbedömning genomförd under året. Resultatet visar även en betydande ökning i antal uppföljda åtgärder där det i år genomfördes uppföljningar för 86 % av åtgärderna som vid tidigare år enbart genomförts vid 53 %.

Det har noterats en skillnad om personer riskbedöms eller ej utifrån boendeform. Resultatet är inte unikt för i år utan ses även från tidigare års data.

Figur 4. Källa: Senior alert

	2 024	2 023	2 022	2 021	2 020
Antal genomförda riskbedömningar Särskild boende	157 st	143 st	103 st	42 st	72 st
Antal personer som blivit riskbedömda Särskild boende	122 st	115 st	84 st	40 st	54 st
Antal genomförda riskbedömningar Ordinärt boende	24 st	26 st	14 st	1 st	12 st
Antal personer som blivit riskbedömda Ordinärt boende	24 st	19 st	14 st	1 st	11 st

Analys:

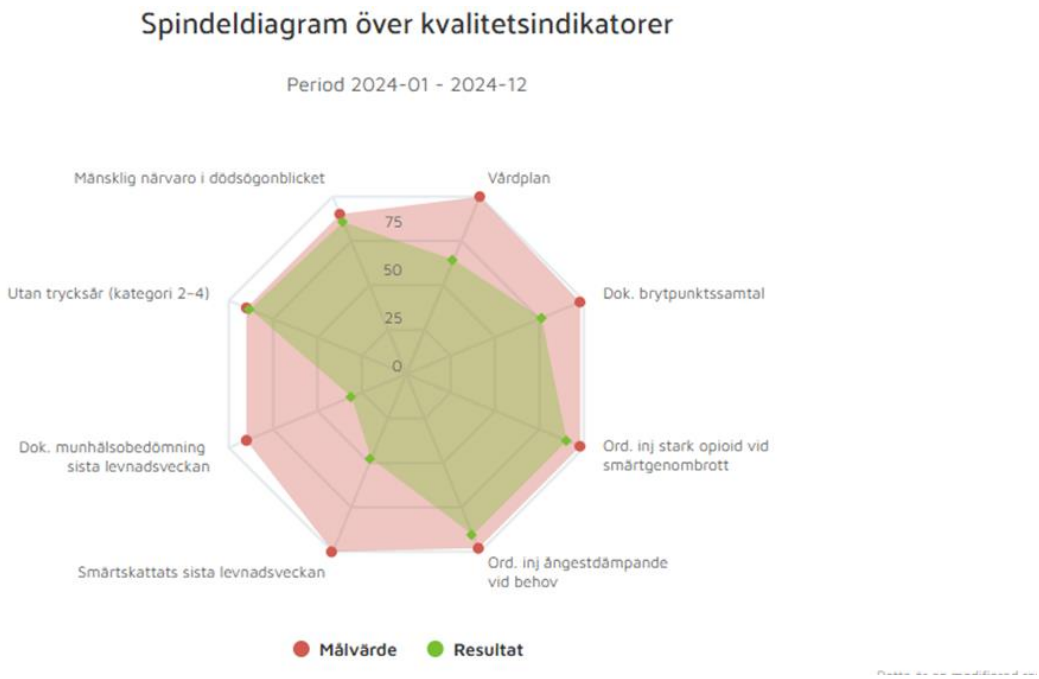
Resultatet visar på stabila arbetsätt utifrån att antal personer som blivit riskbedömda inte har minskat. Flertalet ökningar indikerar på att personalen arbetar mer strukturerat, använder verktygets alla delar och har fått en ökad kunskap och förståelse för när riskbedömningar ska genomföras. Resultatet visar på en positiv trend gällande registreringar oavsett boendeform. Dock bedöms antalet registrerade riskbedömningar vara för låga i förhållande till den mängd patienter som kommunal primärvård träffar varje år. Skillnaden som uppmärsammats gällande boendeform kan indikera på att förutsättningarna, att utföra riskbedömningar och arbeta teambaserat, ser olika ut. Den succesivt ökade mängd fallavvikelser skulle kunna indikera på att antalet riskbedömningar som genomförs är för få för att ge några tydliga resultat på kommunens patientsäkerhetsarbete. Behovet av att arbeta förebyggande är fortsatt stort och en förutsättning för patientsäkerheten.

Palliativ vård utifrån Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården har varit i livets slutskede. Den sista levnadsveckan beskrivs genom att sjuksköterska tillsammans med omsorgspersonalen som har varit delaktig i vården av den avlidne, besvarar ett trettiotal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur verksamheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede.

Målet är en god vård för vården i livets slutskede, genom att samtliga målvärden är uppfyllda.

Figur 5. Källa: Svenska palliativregistret, Heby kommuns vård- och omsorgsverksamheter för 2024. Resultaten hämtas från sista levnadsveckan.



Figur 6 . Källa: Svenska palliativregistret

Kvalitetsindikator Resultat %	Heby 2022	Heby 2023	Heby 2024	Länet 2024	Riket 2024	Socialstyrelsens målvärde
Vårdplan	35,7	35,7	64,3	80	71,5	100
Dok. brytpunktssamtal	64,3	64,3	76,2	82,5	81,8	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	92,9	90,5	96,9	95,8	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	92,9	90,5	96,3	95,3	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	7,1	35,7	47,6	75,9	68,6	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	7,1	14,3	31	59,1	62,6	90
Utan trycksår (kategori 2–4)	85,7	92,9	88	85,9	86,4	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100	75	90	83,0	83,6	90

Resultat:

Under året har Socialstyrelsens åtta målvärden inte uppfyllts. De områden där Heby kommun ligger närmast målvärdena är andelen patienter som har ordinerade läkemedel för symtomlindring samt andelen patienter utan trycksår.

Totalt har Heby kommun registrerat 42 dödsfall i Svenska palliativregistret. Inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter, där hälso- och sjukvård bedrivs, avled under året totalt 100 personer. Dödsfall som inträffat på sjukhus, inom specialiserad palliativ vård eller på annan plats ska inte inkluderas i kommunens rapportering, men exakt hur många detta gäller har inte kunnat fastställas genom journalgranskning.Täckningsgraden för registrerade dödsfall i kvalitetsregistret är 42 %, vilket indikerar ett fortsatt förbättringsbehov för att öka andelen registrerade fall. Heby kommun deltar i ett länsövergripande utvecklings-

arbete som inleddes 2023 med målet att förbättra täckningsgraden. Den övergripande målsättningen för länet är att nå 80 % täckningsgrad i kvalitetsregistret.

Analys:

Resultaten för Heby kommun visar en positiv utveckling jämfört med tidigare år. Ett riktat internt utvecklingsarbete inleddes 2022 för att höja kvaliteten på vården i livets slutskede. Insatser som framtagande av checklistor och vårdplaner samt ett ökat fokus på förbättrad kommunikation inom vårdteamen kan ha bidragit till den förbättringen. Trots framstegen visar jämförelser med både läns- och riksnivå att Heby kommun fortfarande ligger efter i flera avseenden. Framför allt krävs fortsatt uppföljning av smärtskattning under den sista levnadsveckan samt dokumenterad munhälsobedömning (ROAG). För att stärka kvaliteten på palliativ vård i kommunen behövs ytterligare satsningar, särskilt för att säkra vården i livets slutskede och uppfylla målvärdena.

Journalgranskning

Genomförande:

En strukturerad och specifik granskning genomfördes under hösten 2024 där medicinsk ansvariga valde ut att fokusera granskningen på rehabiliteringsplaner. För ett bestämt tidsintervall granskades alla journaler där dokumentation fanns under specifika rehabiliteirngsåtgärder såsom hjälpmedelsförskrivning och träningsprogram. Totalt granskades 30 journaler.

Resultat:

Ingen av de journaler som haft dokumentation gällande hjälpmedelsförskrivning bedömdes ha en upprättad rehabiliteringsplan som var kopplad till hjälpmedelsförskrivningen. För de journaler som haft dokumentation rörande träningsprogram hade samtliga en upprättad rehabiliteringsplan. Granskningarna visar på brister i enlighet med tidigare års granskningar. Dokumentationen brister i rehabiliteringsplanens målsättning och saknar tydliga åtgärder kopplade till bedömt status. Brister konstateras även i uppföljning och avslut av rehabiliteringsplaner. Det är svårt att se patientens delaktighet utifrån dokumentationen.

Granskning av dokumentationen har också genomförts i samband med avvikelseutredningar.

Avvikelser

HSL avvikelser	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Brister i bedömning	16 st	7 st	10 st
Fallincident	727 st	739 st	778 st
Läkemedel	435 st	443 st	615 st
Medicintekniska produkter	5 st	7 st	18 st
Trycksår	5 st	1 st	10 st
Övriga HSL-avvikesler	20 st	18 st	61 st
Brister i eller utebliven behandling/omvårdnad/rehabinsatser	48 st	28 st	81 st
Dokumentation	2 st	6 st	9 st
Rapportering och kommunikation	13 st	9 st	20 st
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner	3 st	4 st	0 st
Läkemedel saknas vid kontrollräkning, narkotika			15 st

Läkemedel och fall fortsätter att vara de områden där flest avvikelser rapporteras.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 443 (2023) till 615 (2024). Den förväntade minskningen av avvikelser i samband med införandet av digital signering har uteblivit. En möjlig förklaring till ökningen är att fler händelser nu uppmärksammas och rapporteras jämfört med tidigare år. Dessutom kan öppnandet av två nya hemvister under 2023 ha bidragit, då den totala mängden patienter inom vård- och omsorgsboenden har ökat. Under året har 15 avvikelser rapporterats där narkotiska läkemedel saknats vid kontrollräkning. Eftersom detta område nu rapporteras för första gången finns ingen tidigare jämförelse att tillgå. Oavsett be-

döms dessa händelser som allvarliga, och åtgärder har vidtagits för att säkerställa bättre följsamhet till rutiner.

Åtgärder: Fortsatt fokus på kvalitetsarbete med förväntad effekt under 2025 med riktat förbättringsarbete inom läkemedelshantering via kvalitetsråd, APT och teamträffar. Fortsatt uppföljning av signeringsverktyget för att säkerställa följsamhet till korrekta registreringar och rapportering.

Totalt 443 fallincidenter (2024) jämfört med 436 fall (2023), har rapporterats inom vård- och omsorgsboende, en marginell ökning vilket kan bero på att den totala mängden patienter boende på vård och omsorgsboenden har ökat. Utifrån avvikelseutredningar bedöms kognitiv svikt hos patienter vara en bidragande orsak till ökat antal fallincidenter. Två enheter har haft en nedåtgående trend av fallincidenter sedan 2022.

Åtgärder: En enhet som identifierade att fallincidenter ökat kraftigt i början på året bildade en arbetsgrupp,där hela teamet representerades inklusive läkare. Arbetet har resulterat i att flera fallpreventiva åtgärder har implementerats. Huruvida resultat påverkas av de preventiva åtgärderna är svårt att säkerställa efter kort tid. Uppföljning av åtgärder och resultat behöver följas upp.

Antalet rapporterade avvikelser gällande utebliven behandling, omvårdnad och rehabiliteringsinsats har ökat från 8 händelser (2023) till 31 händelser (2024). En möjlig förklaring är att det digitala signeringsverktyget har underlättat och förbättrat uppföljningen, vilket i sin tur har lett till att fler avvikelser rapporterats.

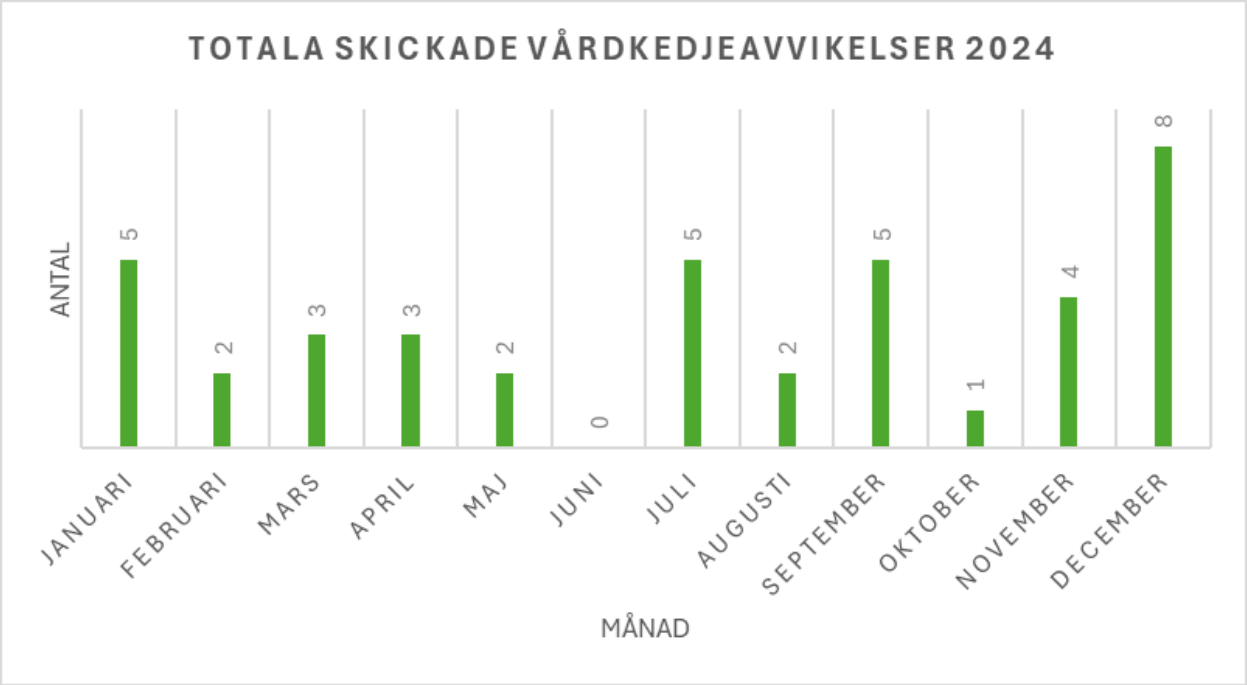
Ett identifierat förbättringsområde är säkerhetskulturen som råder inom enheterna. För att stärka kulturen planeras utbildningsinsatser och enhetsspecifika aktiviteter inom till exempel avvikelsehantering.

Vid jämförelse av statistik mellan avvikelsesystemet Viva och verksamhetssystemet Stratsys har en differens identifierats. Statistiken i Viva visar fler rapporterade avvikelser än vad enheterna senare har registrerat i Stratsys. En möjlig orsak till denna differens är att rapporteringen i verksamhetssystemet inte har genomförts korrekt.

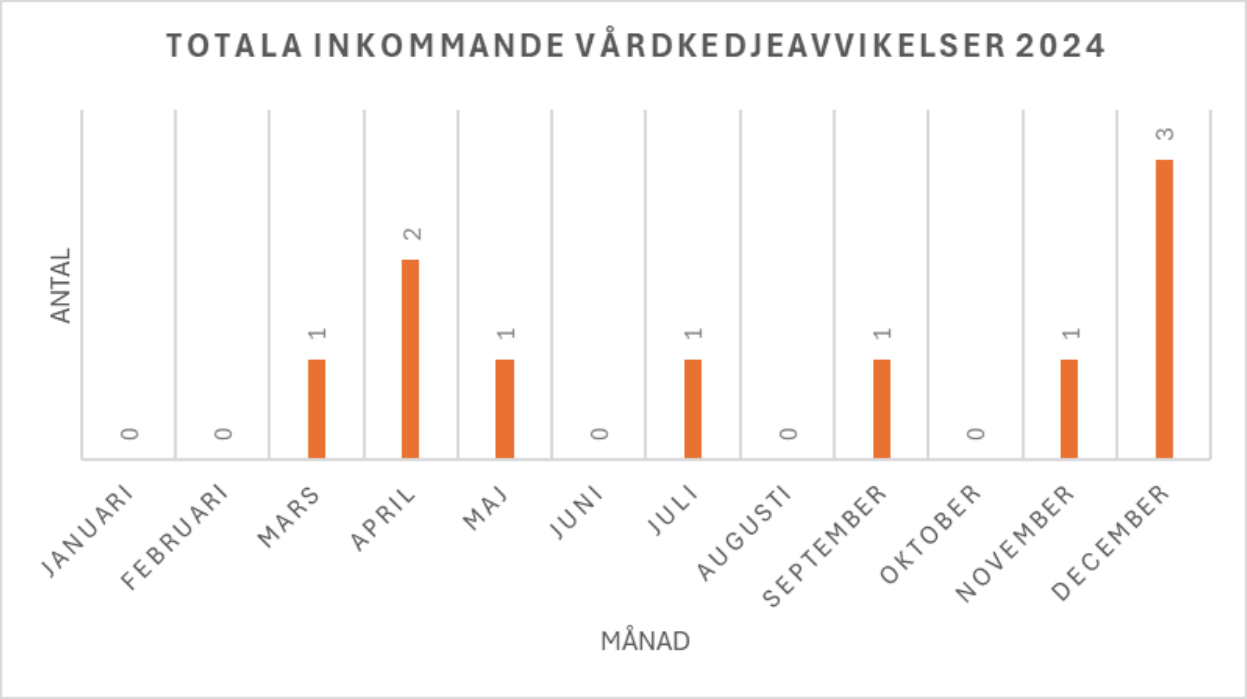
Avvikelser i vårdkedjan

Under året rapporterades 40 avvikelser i vårdkedjan från Heby kommun till region Uppsala. 16 stycken av dessa berörde händelser kopplat till läkemedel, 13 stycken berörde information och kommunikation. Exempel på andra områden där händelser rapporterats är: Rehablitering/hablilitering, delat medicinskt ansvar, palliativ vård, SIP (samordnad individuell planering) och transport.

Figur 7. Tabell över vårdkedjeavvikelser Heby kommun skickat till annan huvudman



Figur 8.Tabell över inkomna vårdkedjeavvikelser till Heby kommun från annan huvudman



Lex Maria

	Summa/avvikelse 2022	Summa/avvikelse 2023	Antal Lex Maria under året
Lex Maria	2 st	3 st	1 st

Klagomål och synpunkter

	Antal klago-mål/synpunkter 2022	Antal klago-mål/synpunkter 2023	Antal klago-mål/synpunkter 2024
Klagomål och synpunkter från annan myndighet		0 st	0 st
Klagomål och synpunkter från patientnämnden			0 st

Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system som nås via Heby kommuns hemsida. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med medicinskt ansvariga i kommunen alternativt ansvarig verksamhetschef för rådgörande. Detta avgör också vem eller vilka som ansvarar för utredning av händelsen samt ger svar till anmälaren. Inkomna synpunkter och klagomål rapporteras månadsvis av respektive enhetschef. Klagomål och synpunkter på hälso-och sjukvården kan även lämnas direkt till Patientnämnden (PAN) i Uppsala län eller till IVO som kan pröva klagomålet och göra en oberoende utredning. Under året har inga inkomna klagomål och/eller synpunkter rapporterats från IVO ellr PAN.

Det finns inga uppgifter att tillgå över klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården som inkommit från enskild under året.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

5
Öka riskmedveterhet
och beredskap

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

MÅL 2025

- **Vårdgivaren Heby kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.**

Strategi:

Genomföra en ny nulägesanalys av patientsäkerheten med stöd av analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.

Fastställa handlingsplan med aktiviteter utifrån prioriterade områden.

- **Patienter är delaktiga i sin vård och erbjuds bedömningar och åtgärder från ett multiprofessionellt team**

Strategi:

Kartlägga förutsättningar och identifiera utvecklingsområden för att möjliggöra att teamet träffas och kan skapa en grund för ett aktivt patientsäkerhetsarbete.

- **Förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten**

Strategi:

Fortsatt utveckling av rapportering av egenkontroller och att genomföra analyser av resultat på enhetsnivå.

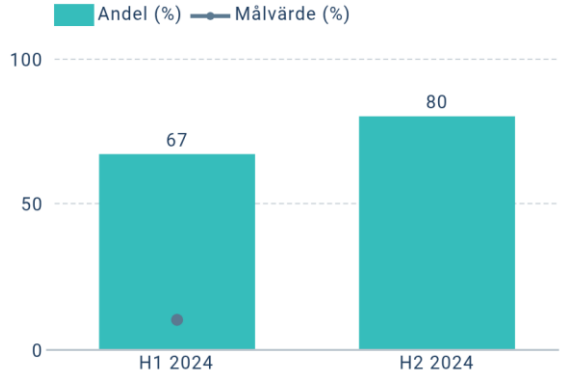
- **Minska risken för att kommunens invånare ramlar**

Strategi:

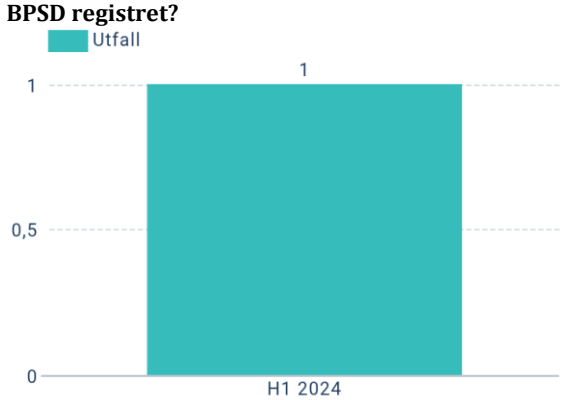
Utveckla arbetssätt för fallprevention inom hemtjänsten

Bilaga 1

Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd
Nattfastemätning		

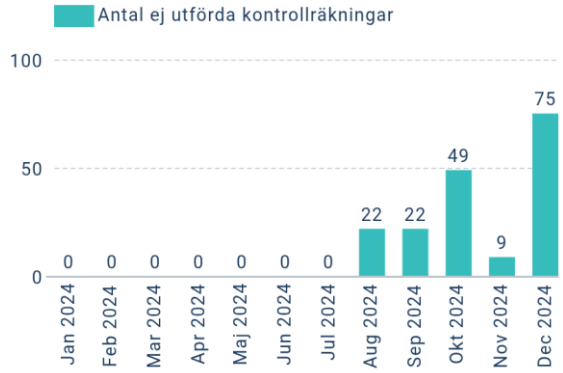


Registrerar samtliga vård- och omsorgsboenden i BPSD registret?

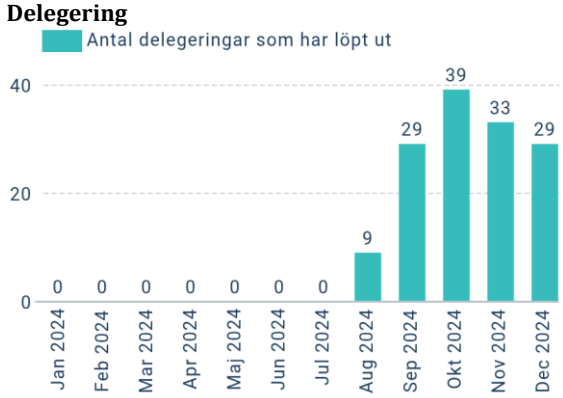


Senior alert
Inga tillgängliga data

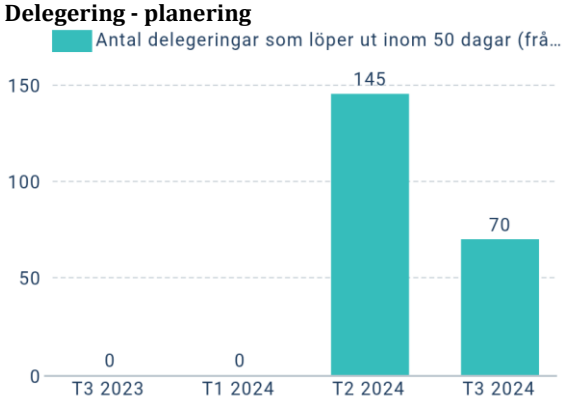
Narkotikakontroll



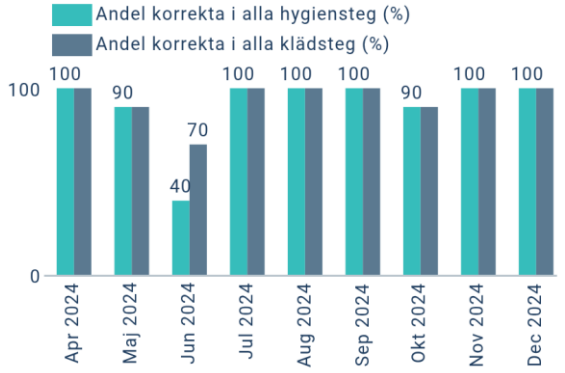
Delegering



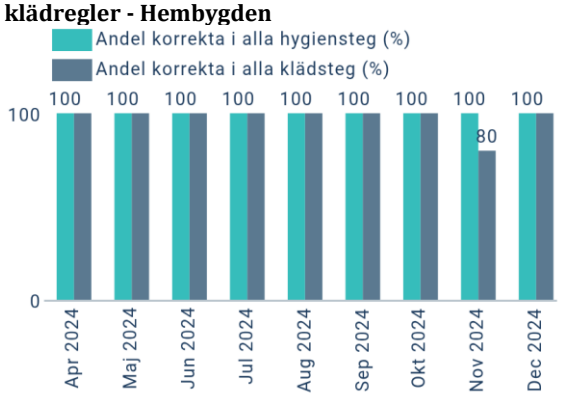
Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd
Delegering - planering		



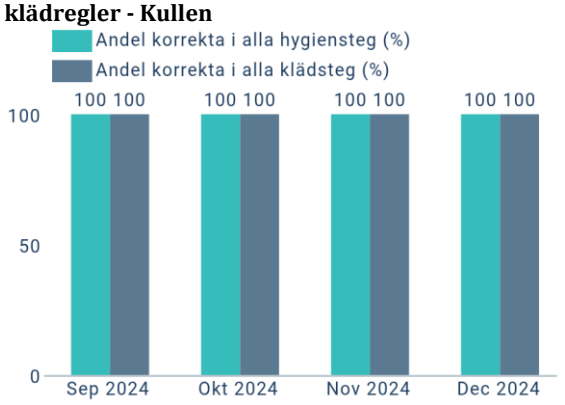
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Allén		



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hembygden		

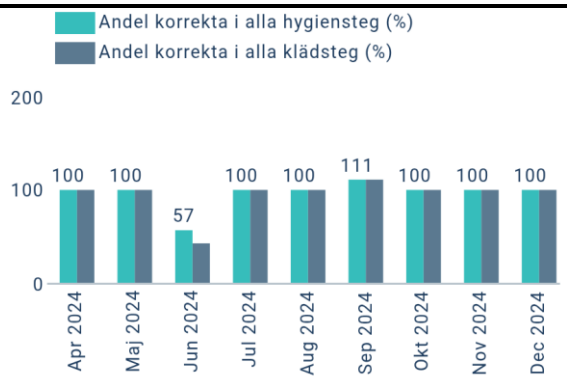


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Kullen		

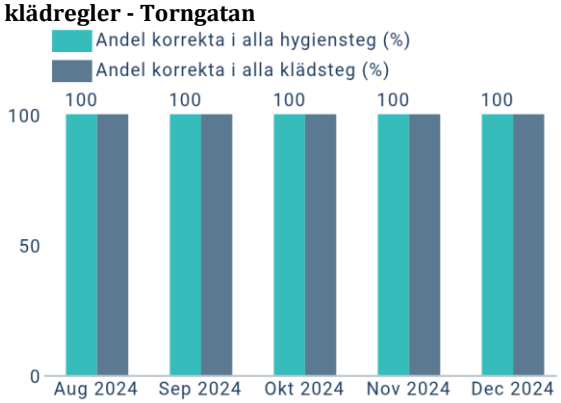


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Tegelbruksvägen		

Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Torngatan



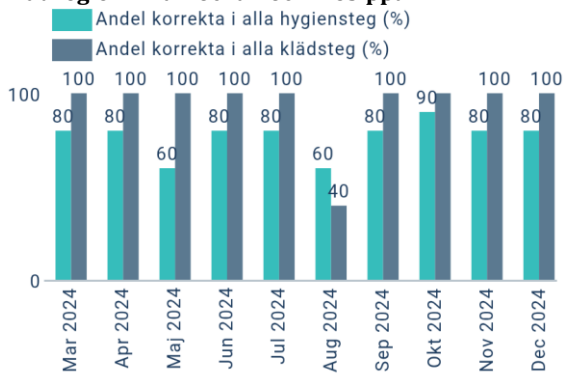
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Åbygränd

Inga tillgängliga data

Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Myran

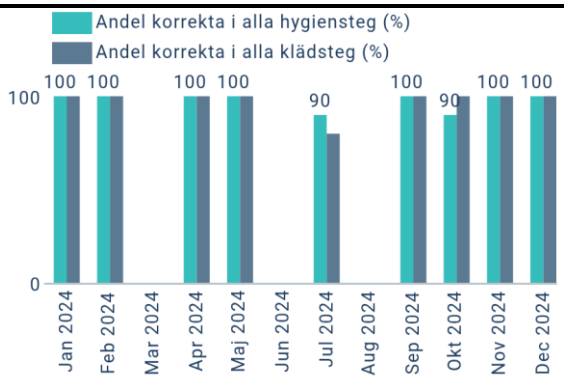
Inga tillgängliga data

Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Blåklockan och Mosippan

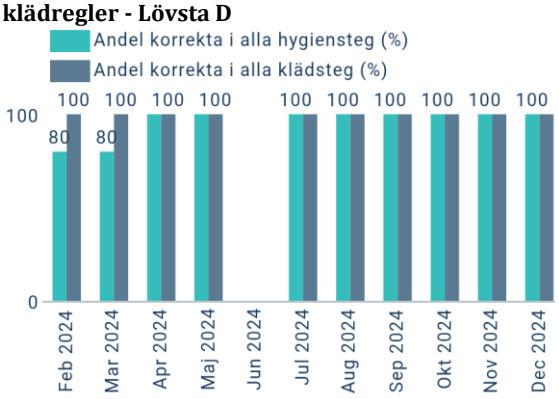


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta C

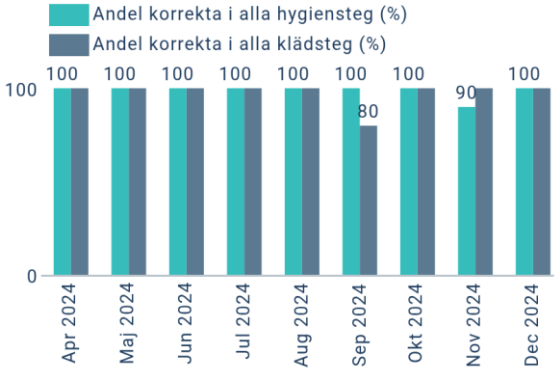
Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd



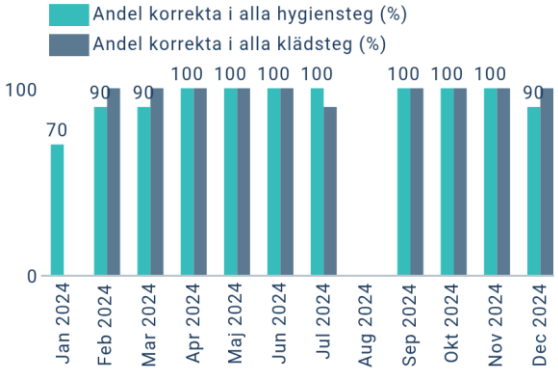
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta D



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta E



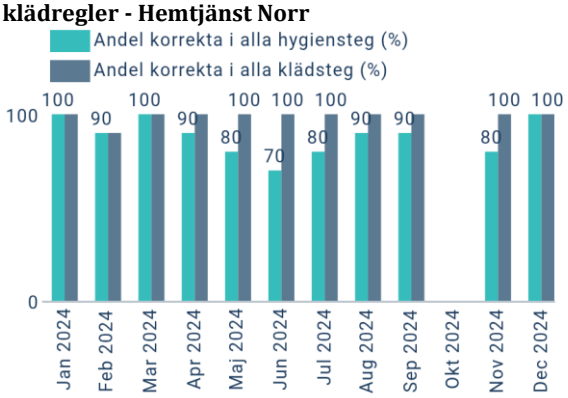
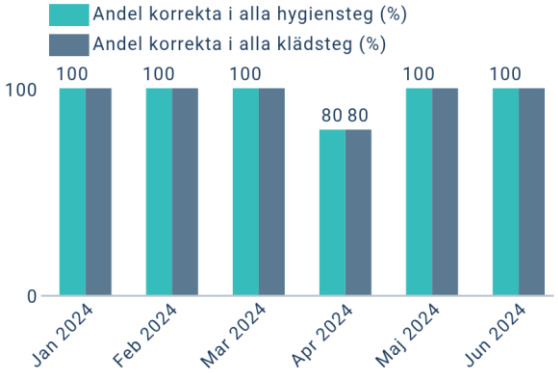
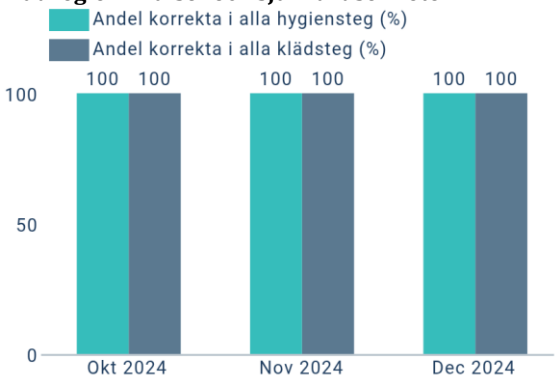
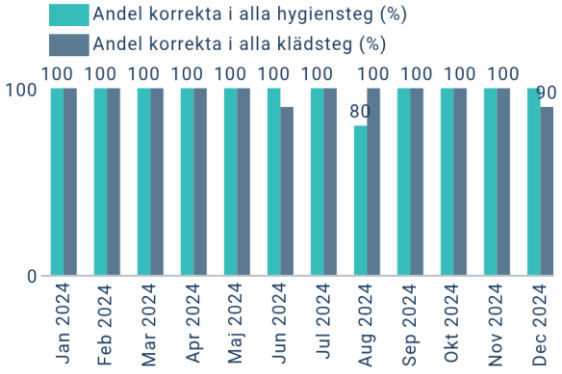
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta A

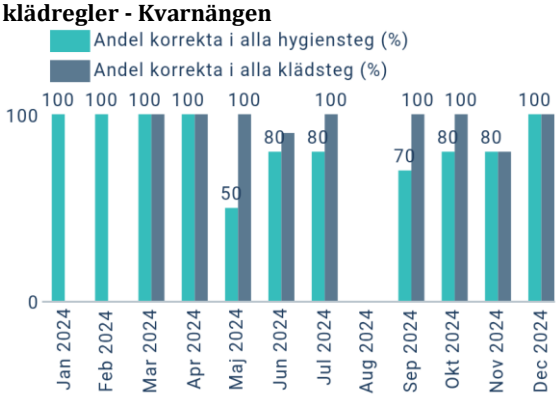
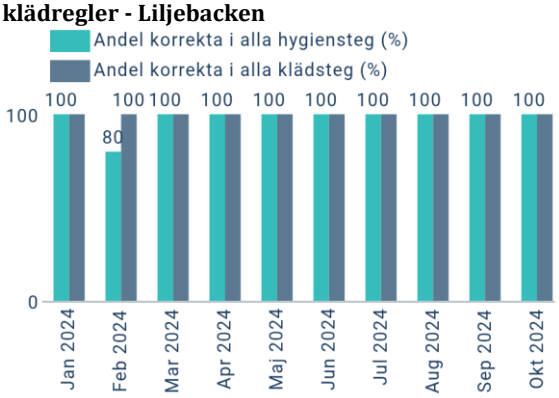
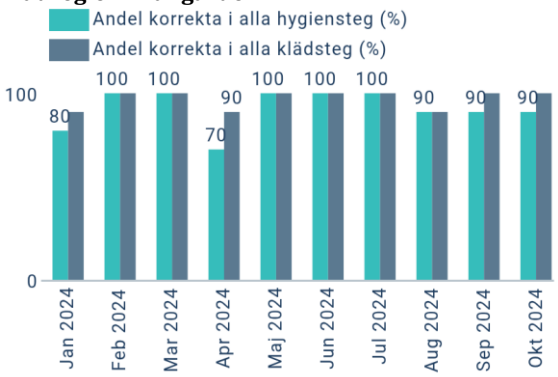


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta B

Inga tillgängliga data

Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och

Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd
klädregler - Lövsta F Inga tillgängliga data		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hemtjänst Norr  		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hemtjänst Söder  		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hälso- och sjukvårdsenheten  		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Korttidsenheten  		

Kvalitetsindikator	Status	Åtgärd
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Kvarnängen  		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Liljebacken  		
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Rungården