

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

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Vård- och omsorgsnämnden

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	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Har vården varit säker	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	13
Säker vård här och nu.....	14
Är vården säker idag.....	14
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information	15
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	18
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden.....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

Bilagor

Bilaga 1: Handlingsplan till PSB 2022

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

Året 2022 har fortsatt präglas av covid-19 och andra smittsamma infektioner med fokus på åtgärder för att förhindra smittspridning. Rutiner har fortlöpande uppdaterats efter de senaste rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten.

Ett annat fokus under året har varit uppstart av ett strukturerat patientsäkerhetsarbete i kommunens verksamheter. Ett verktyg som har tagits fram av SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) har använts som ett stöd i arbetet för att utveckla en god och säker vård och omsorg. En arbetsgrupp bestående av representanter från olika professioner och verksamheter inom VOF (vård-och omsorgsförvaltningen) har gjort en nulägesanalys av patientsäkerheten. Resultatet har sammanställts och möjliga insatser har identifierats. Insatserna har sedan prioriterats utifrån viktiga områden, resursåtgång och effekt. En handlingsplan har tagits fram för de högst prioriterade områdena. Verksamheterna ska utifrån handlingsplanen genomföra aktiviteter för att förbättra patientsäkerheten.

Antal rapporterade avvikelser har ökat under året inom vissa områden såsom läkemedel och fall, vilket kan bero på att det nya avvikelssystemet som implementerades under 2021 erbjuder ett mer strukturerat och tillgängligt rapporteringsförfarande än det tidigare avvikelserapporteringssystemet. En allvarlig avvikelse har bedömdes som risk för allvarlig vårdskada under året och resulterat i en anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård- och omsorg (IVO). Under året har förvaltningen genomfört organisationsförändringar och flera nya medarbetare i ledningsfunktion har rekryterats. Under rekryteringstiden har det systematiska patientsäkerhetsarbetet och planerade utvecklingsarbeten inte genomförts enligt plan. Bemanningssituationen inom hälso- och sjukvårdsenheten har varit fortsatt utmanande och krävt inhyrd personal vilket minskar kontinuiteten och försvårar implementerings- och utvecklingsarbete.

För kommande år 2023, är den huvudsakliga strategin att patientsäkerhetsarbetet ska fortsätta enligt handlingsplanen.

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

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

Mål och strategier för att främja patientsäkerhetsarbetet samt stärka verksamheternas kvalitet under 2022 var följande:

Mål 1:

Utarbeta en förvaltningsövergripande handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, där det långsiktiga målet är en ökad patientsäkerhet.

Strategi:

Genomföra en förvaltningsövergripande nulägesanalys genom SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet. Utifrån nulägesanalysen identifiera förbättringsområden och därefter prioritera dessa. Utifrån identifierade förbättringsområden upprätta en förvaltningsövergripande handlingsplan för patientsäkerhet.

Resultat:

Med stöd av SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet har en arbetsgrupp bestående av 8 representanter från olika professioner och verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen (VOF) gjort en nulägesanalys av patientsäkerheten. Resultatet har sammanställts och möjliga insatser har identifierats. Insatserna har sedan prioriterats utifrån viktiga områden, resursåtgång och effekt. En handlingsplan har tagits fram för de högst prioriterade områdena som ska utgöra grund för verksamheternas aktiviteter för förbättring av patientsäkerheten med start 2023.

Mål 2:

Strukturerat och systematiskt arbetssätt inom samtliga enheter avseende egenkontroller.

Strategi:

Lägga in egenkontrollerna i det digitala kvalitetsledningssystemet så att de kopplas till en process och följer årshjulet.

Resultat:

Målet har inte nått förväntat resultat då samtliga enheter inte har rapporterat in sina resultat av genomförda egenkontroller i kvalitetsledningssystemet. Under 2023 finns behov av fortsatt satsning på att samtliga verksamheter arbetar med att genomföra egenkontroller, rapportera resultat och utifrån resultatanalys arbeta med fortsatt utveckling.

Organisation och ansvar

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

Vård- och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare tillika huvudman. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå på vård- och omsorgsboende för äldre, hälso- och sjukvård i hemmet, service- och gruppboende inom LSS, daglig verksamhet inom LSS samt annan dagverksamhet.

Verksamheterna har drivits i egen regi under 2022.

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.

MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS 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 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 utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex. Maria till 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 och riktlinjer är kända på enheterna.

Hälso- och sjukvårdspersonal

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

Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de delegerade arbetsuppgifter utförs.

Medarbetare

Alla medarbetare på vård- och omsorgsförvaltningen ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, förvaltningens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. 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.

Stödfunktioner

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Processer och områden med samverkan som förebygger att patienter drabbas av en vårdskada

- Tjänstemannaledningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO)

HSVO är den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län och representeras av kommunernas socialchefer/ förvaltningschefer samt region Uppsalas ledning. Samverkansorganisationens främsta uppgift är att besluta om gemensamma riktlinjer som styr samverkan mellan länets samtliga kommuner och region Uppsala. Styrdokumentet 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

skapa förutsättningar för en god och säker planering inför hemgång för den enskilde

utgöra grund för upprättande av lokala rutiner så att patientsäkerhet och ledtider säkras

Ett nytt kommunikationssystem mellan regionen och länets samtliga kommuner har under året implementerats. Det tidigare systemet Prator har ersatts med Cosmic Link.

För att övergångarna mellan slutenvård och öppenvård ska ske på ett patientsäkert sätt när patienten förflyttas mellan vårdgivare arbetar Heby kommun tvärprofessionellt och deltar vid vårdplaneringar i de fall det krävs. Teamet består av biståndshandläggare, sjuksköterska, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.

Övervägande av de utskrivningsplaneringar som utförs sker digitalt. Heby kommun använder nationell patientöversikt (NPÖ) för sammanhållen journalföring för att säkerställa informationsflödet när patienter förflyttas mellan slutenvård och öppenvård. När regionen journalför överförs informationen till NPÖ, där det finns beslut att information ska delas och kommunens legitimerade personal har åtkomst med läsbehörighet till NPÖ. För att sammanhållen journalföring via NPÖ ska vara möjlig mellan vårdgivare måste det finnas ett samtycke från patienten.

- Avvikelse i vårdkedjan

Avvikelse som inträffat hos en annan vårdgivare men identifieras av kommunen eller vice versa benämns som avvikelse i vårdkedjan och hanteras utifrån en särskild process utifrån styrdokumentet "avvikelsehantering avseende vård 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 patientsäkerhetsgruppen, som är ett länsövergripande forum och arbetar med den övergripande patientsäkerheten i länet.

- Samverkan kommunen och vårdcentralerna

Kommunen och vårdcentralerna har regelbundna samverkansmöten med fokus att samverka och utveckla

gemensamma samverkansområden.

- Processer och områden där samverkan saknas

Öppenvårdspsykiatriens deltagande vid samverkan med regionens primärvård.

Forum för patientmedverkan inom flera områden.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Enligt patientdatalagen är vårdgivaren skyldig att säkerställa den inre sekretessen. Det innebär att endast personal som är inblandad i vården och behandlingen av patienten, eller av annat skäl behöver uppgifterna för att fullgöra sitt arbete inom hälso- och sjukvården, får ta del av uppgifter om patienten. Detta ska göras genom att behörigheterna för åtkomst till patientuppgifter begränsas till vad som behövs för att omsorgspersonal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Den inre sekretessen ska därför upprätthållas genom tekniska lösningar för behörighetstilldelning och åtkomstkontroll. Detta styrs genom att exempelvis behörigheter till journalen tilldelas utifrån profession och enhet.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) beskrivs att vårdgivaren ska säkerställa att informationssystem som används för behandling av personuppgifter skyddas fysiskt mot skada, störning, obehörig åtkomst samt förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de gallras.

Under året har dokumentationsskåp av rätt säkerhetsklass köpts in för förvaring av patientjournaler till samtliga enheter där patientjournaler hanteras.

En god säkerhetskultur

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



För att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador måste alla i vården arbeta förebyggande och systematiskt med patientsäkerhet. Chefer och ledare skapar förutsättningarna för att kunna arbeta säkert. Men var och en i organisationen – oavsett yrke – spelar en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet.

För att uppnå patientsäkerhet krävs en god arbetsmiljö som främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Det innebär bland annat att systematiskt identifiera, rapportera, åtgärda, återföra och utvärdera avvikelserna såväl som risker samt återföra resultatet till medarbetare för att förbättra och utveckla kvaliteten i vården.

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.



Aktiviteter som genomförts under året för att öka kunskap och kompetens:

Förflyttningsteknik

En tredagarsutbildning inom förflyttningsteknik för omsorgspersonal inom hemtjänst, vård- och omsorgsboende, bemanningsenheten samt inom funktionsstöd har arbetats fram av fysioterapeut inom hälso- och sjukvårdsenheten. Undervisningsmetoden bygger på att deltagarna själva tar del i problemlösningen och får en viss tid på att själva lista ut hur man kan lösa en situation med de hjälpmedel som presenteras utifrån de teoretiska principer som kursen bygger på. Deltagarna får lära sig grundläggande principer och guidas fram på ett praktiskt sätt för att själv tänka ut lösningar som bygger på dessa principer. Uppstart av utbildningen var i december och planeras att fortsätta under 2023 och framåt. Det finns också ett förslag att utbilda ombud vid varje enhet som får gå en mer omfattande utbildning inriktad på det arbetet som utförs på enheterna de representerar. Syftet är att i första hand sprida kunskap på alla enheter innan alla utbildas, och senare agera som stöd för personalen på enheterna vid enklare frågor.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD Webbutbildning har genomförts av enhetschefer och medarbetare inom vård- och omsorgsboende. Efter genomgången utbildning träffade förvaltningens demenssjuksköterska enhetscheferna för uppföljning.

Valideringsutbildning till undersköterska

Satsningen har pågått under 2021-2022 och resulterat i att 20 medarbetare blev klara undersköterskor under hösten 2022.

Socialstyrelsens webbutbildning - Äldreomsorgens nationella värdegrund

Samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsboende.

MHFA - Första hjälpen till psykisk hälsa

20 medarbetare har genomgått utbildning i suicidprevention. Utbildningsinsatsen görs årligen med sikte på att samtliga medarbetare ska genomföra utbildningen.

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.



Patienten och närstående involveras och görs delaktiga i vården på olika sätt.

Vid en vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården eller om hälsotillståndet förändrats i ordinärt boende tillfrågas patienten om att vara delaktig. Även närstående kan bjudas in och medverka om patienten har givit sitt samtycke. Syftet är att patientens behov och önskemål tas med i den professionella bedömningen när bistånd beslutar om insatser. Målet är att patienten ska vara delaktig så långt det är möjligt.

Patienter som bor på vård- och omsorgsboenden eller är inskrivna i hemsjukvården ska erhålla en medicinsk vårdplanering och läkemedelsgenomgång minst en gång per år eller vid behov exempelvis när patientens hälsotillstånd förändrats. Patienten tillfrågas alltid om deltagande och närstående bjuds in om patienten har givit sitt samtycke och önskat detta. Vid detta tillfälle upprättas en medicinsk vårdplan utifrån patientens önskemål vad gäller behandling och/eller behandlingsbegränsningar. De beslut som tas vid dessa tillfällen görs utifrån patientens önskemål och ska vara väl kända inom verksamheten samt följas. En sammanfattning av vad som beslutats på den medicinska vårdplaneringen ges både muntligt och skriftligt.

Information ska delges patienten innan registrering i kvalitetsregister, exempelvis "Senior alert", då inhämtas samtycke till att patientens uppgifter får registreras. Vid identifierade risker ska vårdplaner med åtgärder upprättas i samråd med patienten i ett led att göra hen delaktig och motiverad i sin egen vård.

Skyddsåtgärder som exempelvis lås, larm, hantering av sänggrindar, bälten, selar och brickbord får endast användas om patienten i fråga har givit sitt samtycke till detta. Endast patienten själv kan ge sitt samtycke och en skyddsåtgärd kan därför inte beslutas av exempelvis närstående. Samtycket ska vara tydligt dokumenterat i patientjournalen. Beslutet för om en skyddsåtgärd tas i ett multiprofessionellt team där flera professioner är representerade efter att en riskanalys är utförd och ett fastställt uppföljningsdatum finns.

När en person inte bedöms kunna botas ändrar vården fokus till att lindra lidande och öka livskvalitén hos personer med livshotande sjukdom eller skada. Detta görs framförallt genom att tidigt upptäcka och förebygga lidande i form av fysisk, psykisk, social och existentiell karaktär i livets slutskede. När vården ändrar fokus ska ett så kallat brytpunktssamtal bokas in med patient, och om patienten samtycker och vill, även med närstående. Fokus vid samtalet är patientens behov och önskemål inför den sista tiden i livet. Efter ett dödsfall erbjuds närstående ett efterlevandesamtal med en sjuksköterska där syftet är stödja dem i deras sorgehantering.

I Heby kommun har demenssjuksköterskan närståendestöd i sitt uppdrag. Det största uppdraget är gentemot närstående till personer med minnessvikt men ärenden kommer även via regionen och det kan då innefatta andra närstående till personer med andra diagnoser än minnessjukdomar. Närstående till personer med minnessvikt kan delta i stödgrupper eller erhålla enskilda samtal. Närstående till personer med andra sjukdomar som exempelvis Parkinson sjukdom, cancer och psykisk ohälsa har ingen specifik stödgrupp från kommunens sida men däremot kan demenssjuksköterskan vara ett stöd och guida dessa personer så att de erhåller rätt stöd.

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.

De egenkontroller som varit aktuella under året beskrivs i tabell 1.

Där framgår frekvens och omfattning av egenkontrollerna samt hur informationen inhämtas. Till varje egenkontroll kopplas en analys och eventuella åtgärder som beskrivs under respektive fokusområde;

- öka kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system och processer
- säker vård här och nu
- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 1: Översikt egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande under året. Inrapporteringar av kvalitetsavvikelser en gång i månaden.	Avvikelsemodulen och via journaldokumentation. Kommunens kvalitetsledningssystem, Stratsys.
Läkemedelskontroll	Vid iordningställande av dosett samt kontroll av dispenserade dospåsar. Vid narkotika kontroll en gång/månad. Externa granskningar. Oregelbundna stickprover.	Kontroll och kontrollräkning av SSK. Kontroll av MAS. Externa granskningar.
Riskbedömningar gällande trycksår, fall och undernäring	Löpande under året	Senior alert
Punktprevalensmätning (PPM) trycksår	En gång per år	Protokoll sammanställt av Senior alert
Nattfastemätningar	Två gånger per år	Sammanställning av nattfasta samt analys av mätningen som utförs av SSK och skickas till MAS.
Beteendeförändringar vid demens	Löpande under året	BPSD-registret.
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Svenska palliativregistret
BHK-mätningar	En gång per månad	Sveriges kommuner och regioners (SKR) databas för BHK-mätningar
PPM BHK-mätningar	En gång per år	SKR:s databas för BHK-mätningar samt SKR:s sammanställda rapport
Hygienronder	En gång per år på respektive VÅBO och en gång vart fjärde år tillsammans med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.	Protokoll
Infektionsregistreringar	Månadsvis. Rapport till MAS kvartalsvis och sammanställs av Vårdhygien årsvis.	Sammanställning av Vårdhygien
Loggkontroller	Löpande stickkontroller under året	Samtliga digitala system som behandlar patientuppgifter
Internrevision i HSA	Kontroller en gång i månaden och kvartalssökningar en gång per kvartal	HSA, samtliga kontroller sparas
Journalgranskning	Stickprov utförs av MAS löpande under året	Hälso- och sjukvårdsjournalen
Kontroll av grundutrustning, medicin-	Kontroll enligt tillverkarens anvis-	Inventarieförteckning på respektive

Egenkontroll	Omfattning	Källa
tekniska produkter/apparatur	ningar	enhet

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

Arbetet med smittförebyggande åtgärder har fortsatt under året. För att minimera spridning och utbrott av smittsamma virusinfektioner såsom till exempel, Covid-19, säsongsinfluensor, magsjuka och RS virus är det smittförebyggande arbetet avgörande. Observationer av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler utförs månadsvis inom alla verksamheter och registreras. Resultatet följs upp av MAS tillsammans med verksamhetschefer och återkopplas till medarbetare. Utifrån resultat bedrivs fortsatt förbättringsarbete. Målet är 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom samtliga av förvaltningens vård- och omsorgsverksamheter. För att systematiskt följa upp utbrottshandlingen av smittsamma virusjukdomar arbetar enhetscheferna på respektive enhet utifrån Vårdhygiens händelseanalys och åtgärdsplan för att kartlägga utbrottet och sätta in lämpliga åtgärder för att utbrott ska kunna undvikas framöver.

I samverkan med Vårdhygien, region Uppsala, har en rutin för att minska vårdrelaterade infektioner i Heby kommun 2022-2024 arbetats fram. Syftet är att minska antalet vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning inom förvaltningens vård- och omsorgsverksamheter genom att arbeta effektivt, långsiktigt och systematiskt.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

Totalt har 23 avvikelser initialt bedömts som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och har på grund av allvarlighetsgraden skickats till MAS för bedömning och eventuell fördjupad utredning. De allra flesta avvikelserna som skickats till MAS är inte av en allvarlig karaktär utan beror ofta på bristande följsamhet till rutinen eller att de skickats för kännedom/ granskning för att inhämta synpunkter på om befintlig utredning är tillräcklig. En av dessa resulterat i en anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Utredningen är vid årets slut fortfarande pågående.

Rapporteringen av avvikelser har ökat under 2022 inom vissa områden. En orsak kan vara att det nya rapporteringssystemet upplevs mer användarvänligt vilket gör det lättare att rapportera en negativ händelse eller risk. En annan orsak kan vara resultat av kommunikation där medarbetare uppmuntras att rapportera risker och negativa händelser. Andra delar i avvikelseprocessen såsom utredning, åtgärd och uppföljning är ett prioriterat utvecklingsområde. Otydlighet i ansvar och svårigheter i det nya systemet Viva är några faktorer som identifierats.

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

Hygien

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) samt Punktprevalensmätning (PPM-BHK)

Målet för 2022 var 100 % följsamhet till BHK på samtliga av kommunens enheter som bedriver vård- och omsorg. Under året har månatliga observationsmätningar utförts inom alla enheter. Medarbetare som utför observationer erbjuds digital utbildning via region Uppsala.

För att nå en hög följsamhet i BHK har MAS månadsvis sammanställt och återkopplat resultatet till styrgruppen för hälso- och sjukvård samt delgivit samtliga enhetschefer detta. Enhetscheferna har därefter ansvarat för att följa upp resultatet på sina respektive enheter månadsvis, genom att återkoppla resultatet till medarbetarna, tillsammans identifiera förbättringsområden och vidta eventuella lämpliga åtgärder. Vid den årliga nationella mätningen visade resultatet från Heby kommun att den totala följsamheten med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler har ökat från 80,8 % år 2021, till 91,3 % år 2022.

Tabell 2: PPM 2021-2022 BHK

PPM 2021-2022BHK	Heby VT 2021	Riket VT 2021	Heby VT 2022	Riket VT 2022
Andel med korrekt efterlevnad i alla fyra stegen av hygienrutiner	80,80 %	72,90 %	91,3 %	70,2 %
Andel som desinfekterat före patientnära arbete korrekt	84,20 %	80,30 %	94,8 %	79 %
Andel som desinfekterat korrekt efter patientnära arbete	97,30 %	92 %	97,20 %	93,6 %
Andel med korrekt användning av handskar	98 %	97 %	98,30 %	97,2 %
Andel med korrekt användning av plastförkläde	96,60 %	91 %	98,30 %	88,9 %
Andel med korrekt efterlevnad i alla fyra stegen av klädregler	93,80 %	90 %	100 %	90,9 %
Andel med korrekt arbetsdräkt	96 %	96,20 %	100 %	97,2 %
Andel fria från ringar, klockor och armband	97 %	96 %	100 %	96,2 %
Andel med korrekt skötta naglar	98 %	96,80 %	100 %	97 %
Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	97,80 %	100 %	98,6 %

Hygienrond

Hygienrond utförs var fjärde år på vård- och omsorgsboenden. Hygienrond genomförs av hygiensjuksköterska från Vårdhygien tillsammans med ansvarig chef, hygienombud, sjuksköterska och MAS. Däremellan

ansvarar enhetschef för att genomföra hygienronder som en egenkontroll årligen på sin enhet utifrån Vårdhygiens protokoll egenkontroll för "vårdhygienisk standard" på särskilda boenden. Utifrån resultatet av egenkontrollerna ska handlingsplaner upprättas inom de områden som brister. Under året har ingen hygienrond utförts.

Infektionsregistrering

Att genomföra infektionsregistreringar på vård- och omsorgsboenden för äldre är obligatoriskt för samtliga kommuner i Uppsala län. Infektionsregistreringen omfattar förekomsten av virusorsakade infektioner (influenza och magsjuka), antibiotikaordinerade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridiodes difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier. Syftet med infektionsregistreringen är att vara ett underlag för ett riktat förbättringsarbete och exempelvis för prioritering av områden eller som hjälp vid utvärderingen för att se om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Infektionsregistreringen registreras och rapporteras kvartalsvis till MAS som sedan rapporterar detta vidare till Vårdhygien. Region Uppsala gör en årlig sammanställning i form av en rapport där resultatet analyseras och delges verksamheterna.

Under 2022 har infektionsregistreringarna inte rapporterats in fullständigt från samtliga enheter, vilket har påverkat resultatet för Heby kommun och kommande sammanställning och analys.

Läkemedelskontroll

Under 2022 utfördes kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering utifrån föreskrifts krav. Granskningarna resulterade i en åtgärdsplan för respektive enhet där brister och förbättringsområden identifierats. Åtgärdsplanerna och föreskrifts krav har sedan legat till grund för revidering och upprättande av övergripande och lokala läkemedelsrutiner samt processer avseende den praktiska läkemedelshanteringen. Arbetet har varit pågående under större delen av året men också påverkats negativt av bemanningssituationen. Uppföljning av läkemedelshanteringen är planerad vid nya externa kvalitetsgranskningar under 2023.

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

För att kunna uppnå en god patientsäkerhet behöver patientsäkerhetsarbetet vara en självklar del inom samtliga enheter och på samtliga nivåer. Det innebär att riskförebyggande arbete ska vara en självklar och integrerad del i allt som utförs på samtliga enheter. Kontroll och aktivt arbete med kända risker, men även risker som kan komma att uppstå, utförs kontinuerligt.

Under året har hälso- och sjukvårdsenheten fortsatt krävt inhyrd personal av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Det stora behovet av inhyrd personal kan vara en risk som påverkar patientsäkerhetsarbetet i en negativ riktning. Kontinuitet bland legitimerad personal på enheterna har varit svårt att upprätthålla då inhyrd personal har bytts ut och ordinarie personal fått förflytta sig utifrån behovet.

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.

I samband med verksamhetsförändringar eller andra händelser av större betydelse ska en riskanalys utföras av ansvariga chefer, många gånger både verksamhetschef och enhetschef.

Vid hälso- och sjukvårdsärenden utförs en riskanalys innan omfattande eller komplexa hemsjukvårdsinsatser ska utföras i patientens bostad och när det medicinska ansvaret är delat med annan vårdgivare. När det finns

behov av utbildning av personal för att utföra komplexa och/ eller komplicerade insatser ska det behovet tillgodoses innan övertagandet. Regionen ansvarar då för eventuella utbildningsinsatser. Utöver ovanstående har riskanalys och regelbundna uppföljningar utifrån pandemin utförts, patientspecifika riskanalyser avseende vaccination samt hantering av viss medicinteknisk apparatur i verksamhet. Det har även utförts riskanalyser utifrån bemanningssituationen för legitimerad personal.

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

Journalgranskning

Under året har journalgranskningar genom stickprover utförts av MAS för att säkerställa dess innehåll samt identifiera förbättringsområden. Förbättringsområden som har identifierats är en avsaknad av hälsoplaner och en enhetlig dokumentation. Det har även framkommit i flertalet utredningar att det finns bristande dokumentation, där avsaknad av dokumentation särskilt lyfts fram. Dessa områden blev också tydliga vid införandet av det nya verksamhetssystemet år 2021.

Nationella kvalitetsregister

På grund av stor omsättning av legitimerad personal vilket resulterat i kortsiktiga lösningar med inhyrd personal, har inte kontinuitet kunnat upprätthållas vilket är en viktig faktor för att kunna bedriva ett förebyggande arbete.

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på förebyggande arbete utifrån framförallt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturera och identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande faktorer, utforma förebyggande åtgärder och följa upp resultatet. Sjuksköterskan bedömer riskerna i kvalitetsregistret och sätter in åtgärder i samråd med patienten. Vid risk för fall har sjuksköterskan tagit kontakt med sjukgymnast/ fysioterapeut och/eller arbetsterapeut som gjort en bedömning om insatser krävs och vilka. Samtliga risker, mål, planering, åtgärder och uppföljning dokumenteras.

Behovet av att arbeta förebyggande är stort och en förutsättning för patientsäkerheten. Under 2022 har 108 unika personer registrerats i kvalitetsregistret, vilket är en liten andel av de personer som bedöms vara i behov av bedömning och vårdpreventivt arbete. Ett prioriterat område för 2023 är att öka antalet registreringar i Senior alert samt att arbeta med riskbedömningar, åtgärd och uppföljningar.

Tabell 3: Vårdprevention- beräknat på registreringar i Senior alert, Heby kommun 2022

	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Heby kommun, samtliga risker	82 %	74 %	86 %	67 %
	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Trycksår	22 %	93 %	100 %	77 %

	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Undernäring	50 %	89 %	92 %	76 %
Fall	70 %	86 %	93 %	69 %
Munhälsa	41 %	58 %	73 %	56 %

Beteendemässiga och psykiska störningar vid demens (BPSD)

BPSD- registret är ett nationellt kvalitetsregister som har som syfte och mål att minska beteendemässiga och psykiska symtom genom att identifiera och sätta in multiprofessionella vårdåtgärder och på så sätt minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Totalt finns 34 platser i kommunen med inriktning demensvård. Uppgifter om nya registreringar under 2022 har inte redovisats.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Registret består av en enkät med ca 30 frågor om personens symtom och vård under den sista veckan i livet men även frågor om närstående erhållit brytpunktsamtal och efterlevandesamtal. Samtliga frågor återspeglar viktiga områden inom palliativ vård. Resultatet används genom att bristerna identifieras och de områden som behöver förbättras synliggörs. Socialstyrelsen har definierat sex nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Dessa tillsammans med mänsklig närvaro i dödsögonblicket redovisas i tabell 4.

Tabell 4: Kvalitetsindikatorer Svenska palliativregistret

Kvalitetsindikator	Heby 2021	Länet 2021	Heby 2022	Länet 2022	Socialstyrelsens målvärde
Dok. brytpunktsamtal	61,20 %	77,90 %	65,2 %	81,1 %	98 %
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	91,80 %	95,50 %	100 %	95,8 %	98 %
Ord. inj ångstdämpande vid behov	91,80 %	94,80 %	100 %	94,5 %	98 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	22,40 %	50,90 %	21,7 %	66,5 %	100 %
Dok.munhälsobedömning sista levnadsveckan	30,60 %	61,40 %	17,4 %	64,1 %	90 %
Utan trycksår (kategori 2-4)	81,60 %	84,70 %	82,6 %	84,5 %	90 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,80 %	79,90 %	90 %	79,6 %	90 %

Förekomsten att säkerställa ordinationer av symtomlindrande läkemedel samt att personen erhåller mänsklig närvaro i dödsögonblicket visar på att Heby kommun ligger nära Socialstyrelsens målvärde för områdena. I jämförelse med 2021 har resultaten inom fem områden förbättrats under 2022, men i jämförelse med länet i sin helhet ligger Heby kommun i underkant. Precis som 2021 är det långt ifrån alla personer i livets slutskede som smärtskattas enligt ett validerat smärtskattningsinstrument eller erhåller en munhälsobedömning under den sista levnadsveckan. Totalt har 24 dödsfall rapporterats in i palliativregistret, jämfört med 49 dödsfall år 2021. Orsaken till det minskade antalet bedöms vara bristande följsamhet att registrera och rapportera i kvalitetsregistret.

Punktprevalensmätning (PPM)

PPM trycksår

Mätningen innebär att kvalitetsregistret Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer på samtliga enhetstyper och omfattar information från riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder

samt pågående trycksår vid ett förutbestämt datum. Ingen mätning för 2022 finns registrerad.

Nattfasta

Undernäring hos äldre är associerad med ökad dödlighet och sjuklighet samt en ökad risk att utveckla trycksår och infektioner. 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.

Mätning av nattfastans längd ska utföras inom samtliga vård- och omsorgsboende två gånger/år, varje mätning görs under en vecka. Mätningens sammanställning med tillhörande analys ska presentera orsaker, åtgärder och resultat. Under året har en nattfastemätning genomförts på tre av fyra vård- och omsorgsboenden. Totalt medverkade 104 brukare. Resultatet visade att andelen brukare där nattfasta överstiger 11 timmar var 87,5 %. I analysen som presenterades anges orsaker till det angivna resultatet vara, otydlig kommunikation om tillvägagångssätt vid mätningar, avsaknad av rutiner som säkerställer extra mellanmål kvällstid, bristande kompetens hos medarbetare om vikten av att förebygga undernäring hos äldre.

Under 2023 planeras nattfastemätning genomföras en vecka under våren och under en vecka på hösten.

Avvikelser

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

Ett löpande arbete med avvikelser, det vill säga negativa eller oförväntade händelser, utförs som ett steg i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samtliga medarbetare har en rapporteringsskyldighet av avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Avvikelser enligt HSL har registrerats i en digital avvikelsem modul och beroende på allvarlighetsgrad i avvikelserna dirigeras de till olika mottagare. Om avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär har de hanterats av enhetschef på respektive enhet. Har den varit av allvarligare karaktär har den skickats till både enhetschef på enheten och MAS. Det innebär att majoriteten av avvikelserna utreds, följs upp och återkopplas på respektive enhet. I de fall där det funnits risk för eller där allvarlig vårdskada inträffat rapporteras de till MAS som bedömer händelsens allvarlighetsgrad och om en fördjupad utredning ska inledas. Samtliga enhetschefer gör månadsvisa sammanställningar av inkomna avvikelserrapporter enligt HSL som rapporteras in i kommunens kvalitetsledningssystem. Vid hel- och halvår jämförs de inrapporterade antalet avvikelser mot en sökning i avvikelsemodulen för att säkerställa att det är rätt antal avvikelser. Genomgång av samtliga avvikelser sker också vid dessa tillfällen för att identifiera vilken typ av avvikelser som inkommit och hur enheterna arbetat med avvikelserna utifrån avvikelseprocessen. Ett tydligt mönster i hela avvikelseprocessen är att avvikelserrapporterna skrivs men att dokumenterade utredningar och återkopplingar sker mer sällan. Avvikelseprocessen följs inte enligt rutin.

När avvikelser i vårdkedjan identifieras av kommunens verksamheter skrivs den på särskild blankett som sedan skickas till MAS som hanterar den enligt särskild process.

HSL avvikelse

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse
Brister i bedömning Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser brister i bedömning (avser HSL-insats).	16st
Fallincident Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser fallincidenter.	727st
Läkemedel Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser läkemedel.	435st
Medicintekniska produkter Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser medicintekniska produkter.	5st
Trycksår Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser trycksår.	5st
Övrigt Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som inte avser något av ovanstående områden.	20st

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse
Brister i eller utebliven behandling/omvårdnad/rehabinsatser Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser brister i eller utebliven behandling/omvårdnad/rehabinsatser.	48st
Dokumentation Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser dokumentation.	2st
Rapportering och kommunikation Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser rapportering och kommunikation.	13st
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser vårdhygien och vårdrelaterade infektioner.	3st

Tabell 5: Kvalitetsavvikelser HSL

Under 2022 har avvikelserrapporteringen ökat inom områdena läkemedel och fall. En orsak kan vara att det nya rapporteringssystemet för avvikelser upplevs mer tillgängligt och användarvänligt av medarbetarna.

Inrapporterade läkemedelsavvikelser har ökat från 382 till 435. Den mest förekommande läkemedelsavvikelsen är utebliven dos. Även antal inrapporterade fallavvikelser har ökat. År 2022 inrapporterades 727 fallavvikelser jämfört med 382 stycken år 2021. Avvikelser gällande medicinteknisk utrustning minskade från 14 rapporterade avvikelser 2021 till fyra stycken 2022. Fem trycksår har rapporterats in som avvikelser, jämfört med 23 inrapporterade avvikelser 2021, det är en minskning med 78,2 %. Trycksår av allvarlig karaktär är att anse som en allvarlig vårdskada och ska rapporteras till MAS.

Lex Maria

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse
Lex Maria Fyll i antalet Lex Maria rapporter som inkommit.	2st

Rätt antal lex. Maria utredningar under året är 1 st.

Händelsen beskriver att delegerad personal givit insulin till en patient men missat att signera administrationen. Utredning av händelsen visade på flera bakomliggande brister i följsamhet till rutiner vid läkemedelshandlingen såsom kommunikation, samarbete och dokumentation.

Klagomål och synpunkter

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

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 kommunens MAS alternativt ansvarig verksamhetschef för rådgörande. Detta avgör också vem eller vilka som ansvarar för utredning av händelsen samt ger svar till anmälaren. Synpunkter och klagomål rapporteras in i Stratsys av respektive enhetschef. Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården kan även lämnas direkt till Patientnämnden i Uppsala län eller alternativt till IVO som kan pröva klagomålet och göra en oberoende utredning.

Inkomna synpunkter

Patientnämnden har erhållit en synpunkt från en brukare boende på ett av kommunens vård- och omsorgsboende. Synpunkten handlade om bristande omvårdnad.

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.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Målet måste alltid vara att sträva efter en hög patientsäkerhet. En av utmaningarna för att uppnå detta är kompetensförsörjningen, vilket förvaltningen har som ett prioriterat område nu och framåt. Inom vård- och omsorgsförvaltningens enheter har ett 20-tal nya undersköterskor utbildats via valideringsutbildningen. Även specialistundersköterskor arbetar i verksamheten. Målet att de ska verka som ett stöd i verksamheterna. Kompetensutveckling för fysioterapeut och arbetsterapeut kommer att ske länsgemensamt via en uppdragsutbildning av Uppsala Universitet för professionerna. Länets samtliga kommuner har fått inkomma med önskemål om vilka kompetensbehov som finns och därmed haft möjlighet att påverka utbildningens innehåll. Sjuksköterskor erbjuds uppdragsutbildning inom inkontinensvård i samarbete med Uppsala universitet.

Fokus under 2023 är den handlingsplan för ökad patientsäkerhet som tagits fram med hjälp av analysverktyget. Prioriterade områden med aktiviteter och tidplan kommer delges, involvera och kommuniceras med medarbetare, patienter och närstående. Patientsäkerhetsarbetet med handlingsplan har en stående punkt på hälso- och sjukvårdens styrgruppsmöten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Det gångna årets systematiska patientsäkerhetsarbete har inte uppnått de mål och resultat som var planerat. Tänkbara orsaker kan vara den omorganisation som pågått under stor del av året med rekrytering av flera nya medarbetare i ledningsfunktion, samt ett fortsatt ansträngt läge med kompetensförsörjning med ökat behov av inhyrd legitimerad personal.

Under året har en handlingsplan tagits fram utifrån analys av patientsäkerheten i verksamheterna. Till den framtagna handlingsplanen över de högst prioriterade områdena som behöver åtgärdas, ska ansvariga verksamhetschefer skapa aktiviteter för att förbättra patientsäkerheten, se bilaga 1.

Målet är att förbättra patientsäkerheten genom aktiviteter inom de identifierade områdena under åren 2023-2024.

Mål 1: God och säker vård med hög patientsäkerhet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Strategier:

Förbättra patientsäkerheten genom aktiviteter inom de identifierade områdena under åren 2023-2025. Genomföra aktiviteter utifrån handlingsplanen för år 2023.

Ansvar: Verksamhetschefer, MAS och MAR.

Mål 2: Strukturerat och systematiskt arbetssätt inom samtliga enheter avseende egenkontroller.

Strategier:

Implementera arbetssätt att rapportera in egenkontrollerna i det digitala kvalitetsledningssystemet så att de kopplas till en process och följer årshjulet.

Ansvar: Verksamhetschefer.

Uppföljning av resultat ska ske kontinuerligt inom forumet för styrgrupp hälso- och sjukvård, där verksamhetschefer, MAS, MAR samt enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten deltar.

Nästkommande år fortsätter Heby kommun arbetet med att utveckla den lokala samverkan med region Uppsala för en Effektiv och nära vård 2030. Med mål att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras. Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Heby kommun.