

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

Patientsäkerhetsberättelse 2023

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	5
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Har vården varit säker	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	11
Säker vård här och nu	13
Är vården säker idag.....	13
Riskhantering	13
Stärka analys, lärande och utveckling	13
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information	14
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden.....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

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 2023 har fokus varit att arbeta i enlighet med den handlingsplan för patientsäkerhet som togs fram under 2022. En kartläggning av samtliga verksamheters vård och omsorgsprocesser påbörjades under året. Rutiner har setts över och gjorts tillgängliga för medarbetare vilket möjliggör att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete kan bedrivas inom vård- och omsorgsnämndens samtliga enheter. För att ytterligare stärka patientsäkerheten har ett verktyg i form av en särskild patientsäkerhetsmodul införts till verksamhetssystemet Stratsys och ett förbättringsarbete kring rapportering av egenkontroller har genomförts.

Som ett led i att kvalitetssäkra läkemedelshandlingen i kommunen infördes i oktober ett digitalt signeringsverktyg. Det digitala verktyget används utöver läkemedelssignering även för signering av andra utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. För att stärka vården i livets slutskede bildades under hösten en arbetsgrupp. Ett av uppdragen för arbetsgruppen var att utveckla teamsamverkan internt och i samverkan med den specialiserade palliativa vården i regionen. I februari kompletterades det medicinska ansvaret inom rehabiliteringsområdet med en ny tjänst, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Utifrån IVO:s (Inspektionen för vård och omsorg) nationella tillsynen av medicinsk vård och behandling vid landets SÄBO utfördes en på platsinspektion under våren 2023. Brister konstaterades och en åtgärdsplan upprättades.

Fokus för 2024 är fortsatt arbete utifrån handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som tagits fram med hjälp av analysverktyget. Ett fortsatt riktat utvecklingsarbete med kvalitetssäkring i de nationella kvalitetsregistren, hälso- och sjukvårdsdokumentation och läkemedelshandling är andra fokusområden. Aktiviteter kommer delges, involvera och kommuniceras med medarbetare, patienter och närstående. Utöver nämnda fokusområden pågår samverkan och ett aktivt utvecklingsarbete med region Uppsala, med mål att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

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.



Den tidigare genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder för att tydliggöra ledningsstruktur i organisationen och det systematiska kvalitetsarbetet.

Genomförda aktiviteter

Information och genomgång till förvaltningsledning och enhetschefer om författningsreglerade roller, om ansvar och styrning av hälso- och sjukvård i kommunen.

Inventering, gallring och revidering av befintliga rutiner. Rutinerna har strukturerats och tillgängliggjorts via publicering på intranätet. Chefer har blivit introducerade i fastställandet samt skapandet av rutiner och instruktioner.

Modellörer för att skapa processer har utbildats. Ett pilotprojekt är genomfört där två enheter har ritat sin huvudprocess och implementeringsfas pågår.

Resultat

Ökad tillgänglighet för medarbetare till rutiner.

Övergripande mål och strategier

Mål

God och säker vård med hög patientsäkerhet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter

Strategi: Genomföra aktiviteter utifrån patientsäkerhetsverktygets nulägesanalys och den handlingsplanen som togs fram under hösten 2022.

Mål

Att inom samtliga enheter genomföra aktiviteter, utifrån egenkontroller, på ett strukturerat och systematiskt arbetssätt.

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

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 2023.

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 måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I Heby kommun tillsattes den 1 februari funktionen 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 och riktlinjer 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 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 arbetsuppgifterna utförs.

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 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

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 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 mellan 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.

- 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.

- Lokal samverkan kommunen och vårdcentralerna

Kommunen och vårdcentralerna har regelbundna träffar med fokus att samverka och utveckla gemensamma samverkansområden.

Under året har ett nytt forum mellan vårdcentralernas fysioterapeuter och kommunens rehab personal (fysioterapeuter och arbetsterapeuter) påbörjats med syfte att samverka kring gemensamma patientgrupper.

Processer och områden där samverkan saknas

Öppenvårdspsykiatriens deltagande vid samverkan med regionens primärvård.

Forum för patientmedverkan inom flera områden.

Informationssäkerhet

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. Behörigheter för åtkomst till patientuppgifter ska 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. Genom systematisk kontroll och granskning av loggningar i journalsystemet säkerställs patientens integritet samt att ingen otillbörlig användning av systemet sker och på så sätt förebygga sekretessbrott. Loggkontroller sker enligt rutin två gånger per år samt vid behov vid misstanke om missbruk av behörighet.

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. Journalhandlingar ska förvaras i dokument-skåp av rätt säkerhetsklass på 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.



Den tidigare genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder för att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom fortbildning och handledning.

Genomförda aktiviteter

Aktiviteter som genomförts under året för att öka kunskap och kompetens hos medarbetare

- Stjärnmärkt – Alla yrkeskategorier (hemtjänst, bistånd, HS-enhet, våbo) inom Äldreomsorgens medarbetare ges verktyg och kunskap för ett personcentrerat arbetssätt. Fyra undervisningstillfällen/reflektionsträffar, Inför varje tillfälle ska deltagarna förbereda sig via en webbutb och hemuppgift. Svenskt Demenscentrums utbildningsportal. Demensens ABC, Demens ABC plus Hemtjänst eller SÄBO. Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar. När minst 80% av personalen genomfört de fyra utbildningsstegen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas diplommet Stjärnmärkt, omprövas årligen.
- Tre sjuksköterskor genomgick kurs inom inkontinens och stomivård med syfte att ge sjuksköterskor utbildning i inkontinens/stomivård som ger förskrivningsrätt. Utbildningen är ett samarbete mellan Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala och Kommunerna samt Region Uppsala i Uppsala län.
- Utbildning av förflyttningsutbildare, sex personer har utbildats för interna utbildningsinsatser. Utbildare finns nu för alla enheter (Hemtjänst, vård- och omsorgsboende, funktionsstöd)
- Utbildningar i förflyttningsteknik: Koncept Modern arbetsteknik, för att på ett tryggt sätt utföra förflyttningar (medarbetare och patient)

- Uppdragsutbildning via Kompetensutvecklingsinstitutet (KUI), Undersköterska, med uppstart maj 2023 beräknas helt klara 241231 (25 personer deltar)
- MHFA – Första hjälpen psykisk hälsa, suicidprevention med målet att all personal inom vård och omsorg ska ha gått utbildningen.
- Utbildning av 60 nya språkombud, ger totalt ett 80-tal språkombud i kommunen
- Utbildning av HLR-instruktörer (två personer har genomgått utbildningen)
- Utbildning i HLR – erbjuds medarbetare vård- och omsorgsförvaltningen regelbundet.
- Utbildning av administratörer till BPSD - registret

Obligatoriska webbutbildningar för legitimerad personal har varit:

Webbutbildning om basala hygienrutiner i vård och omsorg.

Socialstyrelsens webbutbildning om förskrivning av hjälpmedel.

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.



Patient och närstående involveras och görs delaktiga i vården på olika sätt. Om det finns behov av en medicinsk vårdplanering eller SIP (samordnad individuell planering) vid utskrivning från slutenvården eller om hälsotillståndet förändrats i ordinärt boende tillfrågas alltid patienten om att vara delaktig samt om hen vill att närstående ska bjudas in och medverka.

Patienter som bor på vård- och omsorgsboende eller är inskrivna i hemsjukvård 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 samtycke och önskat detta. Vid detta tillfälle upprättas en medicinsk vårdplan utifrån patientens önskemål vad gäller behandling och/eller behandlingsbegränsningar.

Skyddsåtgärder som exempelvis lås, larm, hantering av sänggrindar, bälten, selar och brickbord får endast ordinerars 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 någon annan, 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 ändras vården fokus till att lindra lidande och öka livskvaliteten 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 ändras ska ett så kallat brytpunktssamtal bokas in med patient och om patienten samtycker och vill, även med närstående. Vid detta samtal ska fokus vara patientens behov och önskemål inför den sista tiden i livet men även innehålla information om patientens tillstånd och verka som stöd för både patient och närstående. Efter ett dödsfall erbjuds närstående ett efterlevandesamtal där syftet är stödja dem i deras sorgehantering.

Vid individuell förskrivning av medicinteknisk produkt (MTP) har patienten möjlighet att påverka på flera sätt. Dels att patientens målsättning, funktioner och förutsättningar vägs in i bedömningen av lämplig produkt, dels genom att det upphandlas ett brett sortiment som möjliggör att patienten själv kan välja specifik produkt mellan likvärdiga produkter. En annan möjlighet för patienten att vara delaktig är att indirekt påverka produktutbudet. Detta sker via förskrivaren som deltar i upphandlingsarbetet och som då kan förmedla synpunkter, erfarenheter och önskemål från patienter.

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 frekvens och omfattning av egenkontrollerna och hur informationen inhämtats.

Tabell 1: Egenkontroller 2023

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande under året. Inrapporteringar av kvalitetsavvikelser en gång i månaden.	Avvikelsemodulen och via journaldokumentation. Kommunens kvalitetsledningssystem, Stratsys.
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	En gång per år	Inspektion med protokoll
Riskbedömningar gällande trycksår, fall och undernäring	Löpande under året	Senior alert
Nattfastemätningar VÅBO	Två gånger per år	Sammanställning av nattfasta samt analys av mätningen som utförs av enhetschef och skickas till MAS.
Beteendeförändringar vid demens	Löpande under året	BPSD-registret.
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Svenska palliativregistret
BHK-observationsmätningar	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	Protokoll
Hygienrond - VÅBO	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	Två gånger per år	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	En gång per år. Stickprovs kontroller löpande under året	Hälso- och sjukvårdsjournalen
Kontroll av grundutrustning, medicintekniska produkter/apparatur	Kontroll enligt tillverkarens anvisningar	Inventarieförteckning på respektive 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 värden varit säker

Totalt har 18 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. Tre av dessa resulterat i fördjupade utredningar varav två händelser ledde vidare till anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) enligt lex Maria. En av utredningen är vid årets slut fortfarande pågående.

Rapporteringen av avvikelser under 2023 har visat att delar i avvikelseprocessen såsom utredning, åtgärd och uppföljning är ett fortsatt prioriterat utvecklingsområde. Otydlighet i ansvar och praktiska svårigheter i systemet Viva är några faktorer som har identifierats.

Ett riskområde, som uppmärksammats i patientsäkerhetsanalysen, är behovet av vårdprevention. Det konstaterades att registreringar i samtliga kvalitetsregister behöver ökas. En identifierad åtgärd för att kunna genomföra vårdprevention i kvalitetsregistret Senior alert är att ett multiprofessionellt team träffas.

En annan åtgärd var att tillgängliggöra sammanställningar och statistik av avvikelser för att möjliggöra patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat sätt på respektive enhet. Åtgärderna har inte utförts fullt ut och kommer vara ett fortsatt fokus under 2024.

Medicinskt ansvariga har tillsammans med legitimerad personal genomfört gruppdiskussioner, utifrån Socialstyrelsens reflektionsmaterial kring teambaserat arbetssätt, och analyserat temträffar.

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 2023 var 100 % följsamhet till BHK på samtliga av vård- och omsorgsnämndens verksamheter vilka 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 verksamhetschefer som vidare 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 uppvisades ett sämre resultat till följsamhet med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädreglerresultat i riket, vilket även speglar resultatet från Heby kommun. Den totala följsamheten med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler har minskat från 91,3 % år 2022, till 78,3 % år 2023.

Sett över hela året visar Heby kommun ett resultat på > 90 % följsamhet med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler.

Tabell 2: PPM 2022-2023 BHK

PPM 2022-2023 BHK	Heby VT 2022	Riket VT 2022	Heby VT 2023	Riket VT 2023
Andel med korrekt efterlevnad i alla fyra stegen av hygienrutiner	91,3 %	70,2 %	80,7 %	65,6 %
Andel som desinfekterat före patientnära arbete korrekt	94,8 %	79 %	85,5 %	74,8 %
Andel som desinfekterat korrekt efter patientnära arbete	97,2 %	93,6 %	95,7 %	90,3 %
Andel med korrekt användning av handskar	98,3 %	97,2 %	99,1 %	96,7 %
Andel med korrekt användning av plastförkläde	98,3 %	88,9 %	94,2 %	85,6 %
Andel med korrekt efterlevnad i alla fyra stegen av klädregler	100 %	90,9 %	96,1 %	86,3 %
Andel med korrekt arbetsdräkt	100 %	97,2 %	100 %	95,9 %
Andel fria från ringar, klockor och armband	100 %	96,2 %	98,6 %	95,1 %
Andel med korrekt skötta naglar	100 %	97 %	98,1 %	96,7 %
Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	98,6 %	99,5 %	98 %
Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler	91,3 %	71 %	78,3 %	59,3 %

Hygienrond

Hygienrond utförs var fjärde år på vård- och omsorgsboenden. Hygienrond genomförs av hygiensjuksköterska från vårdhygien tillsammans med ansvarig chef, hygienombud, sjuksköterska och MAS. Utöver det ansvarar enhetschefer inom samtliga av vård- och omsorgsnämndens verksamheter för att genomföra hygienrond som en årlig egenkontroll på sin enhet utifrån protokoll egenkontroll för "vårdhygienisk standard". Utifrån resultatet av egenkontrollerna ska handlingsplaner upprättas inom de områden som brister. Under året har ingen hygienrond utförts.

Handlingsplan inför utbrott av smittsamma sjukdomar

Samtliga enheter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter där det bedrivs vård och omsorg har under året upprättat en handlingsplan inför utbrott av smittsamma sjukdomar. Handlingsplanen har utformats utifrån ett digitalt verktyg vilket tillhandhålls av vårdhygien, region Uppsala.

Infektionsregistrering

Infektionsregistreringar på vård- och omsorgsboenden för äldre samt på korttidsplatser är obligatoriskt för samtliga kommuner i Uppsala län. Infektionsregistreringen omfattar förekomsten av virusorsakade infektioner (influenza och magsjuka), antibiotika behandlade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridioides difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier. Syftet med infektionsregi-

streringen 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. En årlig sammanställning i form av en rapport tas fram av vårdhygien där resultatet analyseras och delges verksamheterna.

Under 2023 har infektionsregistreringarna rapporterats in fullständigt från samtliga enheter. Resultat och analys för Heby kommun sker i en av regionen framtagna sammanställning under våren 2024.

Kvalitetsgranskning läkemedel

Under 2023 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 föreskriftskrav 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. Uppföljning av läkemedelshanteringen är planerad vid nya externa kvalitetsgranskningar under 2024.

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

Under året har hälso- och sjukvårdsenheten rekryterat och anställt sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det har resulterat i att behovet av inhyrd legitimerad personal minskat till stor del. Ett förväntat resultat av förändringen är att patientsäkerheten förbättras genom en ökad kontinuitet i det patientnära arbetet.

Leveransproblem har förekommit för enstaka hjälpmedel från leverantör, till exempel dynor till rullstolar. Ett större återkommande leveransproblem vilket påverkar tillgänglighet av rullstolar har identifierats under året. Orsaken till detta grundar sig i att Hjälpmedel Uppsala Län (HUL) inte följer nuvarande samverkansavtal.

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.

Vid omfattande eller komplexa hemsjukvårdsinsatser, som till exempel vid delat medicinskt ansvar med en annan vårdgivare ska alltid en riskanalys utföras. När det finns behov av utbildning av personal för att utföra komplexa och/ eller komplicerade insatser ska det behovet tillgodoses innan övertagandet.

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

Fem patientjournaler valdes ut slumpvis utifrån förvaltningens organisationsträd.

Syfte

- att säkerställa att dokumentation sker enligt gällande lagar och föreskrifter
- att höja kvaliteten i dokumentationen genom att, identifiera förbättringsområden och att identifiera goda exempel för lärande utvecklig.

Genomförande

En framtagen mall för granskning har använts utifrån Socialstyrelsens föreskrift (HSFL-FS 2016:40). I föreskriften beskrivs vilka områden en patientjournal ska innehålla. Medicinskt ansvariga har även genomfört stickprovsgranskningar i samband med utredning av avvikelser.

Resultatet

Dokumentationen från den legitimerade personalen brister inom flera områden som till exempel, inhämtande av samtycke, upprättade av hälsoplaner och patienters delaktighet.

Åtgärd

Kunskap och praktisk övning för legitimerad personal om befintligt dokumentationssystem för att dokumentation ska föras utifrån skyldighet enligt gällande lagstiftning.

Nationella kvalitetsregister

Inom kommunala hälso- och sjukvården används nationella kvalitetsregister i syfte att utvärdera och förbättra vård och omsorg. De kvalitetsregister som används inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde är Senior alert, BPSD-registret (BPSD är en förkortning för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens") och Svenska palliativregistret.

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på förebyggande arbete utifrån framförallt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande faktorer, utforma förebyggande åtgärder och följa upp resultatet. Samtliga risker, mål, planering, åtgärder och uppföljning dokumenteras.

Behovet av att arbeta förebyggande är stort och en förutsättning för patientsäkerheten. Under 2023 har 186 unika personer registrerats i kvalitetsregistret jämfört med 108 under 2022. Resultatet visar på ökning av antal personer som har registrerats. Det bedöms, trots ökningen vara en för liten andel av de personer som bedöms vara i behov av vårdpreventivt arbete. Ett fortsatt prioriterat område för 2024 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 2023

	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Heby kommun, samtliga risker	88 %	74 %	85 %	53 %
	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Trycksår	19 %	69 %	72 %	34 %
Undernäring	51 %	81 %	84 %	49 %
Fall	81 %	86 %	89 %	54 %
Munhälsa	22 %	40 %	69 %	32 %

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vården i livets slut för patienter och deras närstående. Registret består av en enkät med ca 30 frågor om patientens symtom och vård under den sista veckan i livet. Registret innehåller också en enkät med frågor avsedda till närstående. Socialstyrelsen har definierat sex nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används genom att bristerna identifieras och de områden som behöver förbättras synliggörs.

Flera områden visar på behov av utveckling för att förbättra kvaliteten för patienter i behov av vård i livets slutskede. Områden där Heby kommun uppfyllt Socialstyrelsens målvärde är, patienten har ordinerade läkemedel för symtomlindring och patienten är utan trycksår.

Under året har Heby kommun registrerat 28 dödsfall i kvalitetsregistret, det är en dubbling av antal registrerade dödsfall jämfört med 2022. Antal avlidna personer inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs var 107 stycken, vilket visar på att det finns ett fortsatt förbättringsarbete med att öka täckningsgraden av antal registrerade dödsfall i kvalitetsregistret. Heby kommun ingår i ett länsövergripande arbete som startade 2023 med syfte med att förbättra täckningsgraden, arbetet beräknas pågå under 2024.

Tabell 4: Källa: Palliativa registret, Heby kommuns äldre- och korttidsboende, LSS och ordinärt boende för 2023. Resultaten hämtas från sista levnadsveckan.

Kvalitetsindikator - Resultat %	Heby 2022	Heby 2023	Länet 2023	Socialstyrelsens målvärde
Vårdplan	35,7	35,7	79,3	100
Dok. brytpunktssamtal	64,3	64,3	81,3	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	92,9	95,9	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	92,9	95,2	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	7,1	35,7	72,2	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	7,1	14,3	62,5	90
Utan trycksår (kategori 2-4)	85,7	92,9	83,5	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100	75	81,5	90

Beteendemässiga och psykiska störningar vid demens (BPSD) är ett nationellt kvalitetsregister med 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 har 25 registreringar utförts under året, jämfört med år 2022 är det en ökning med 56 %.

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. 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, en mätning utförs på våren och en på hösten, varje mätning görs under en vecka. Mätningens sammanställning med tillhörande analys ska presentera orsaker, åtgärder och resultat.

Under året har två mätningar av nattfastan genomförts helt eller delvis på tre av fyra vård- och omsorgsboenden. Resultatet från vårens visar att 50 brukare deltog i mätningen. Andelen brukare där nattfasta bedömdes vara för lång var 74 %. Höstens mätning visade ett något lägre deltagande, 42 stycken där 66,7 % bedöm-

des ha en för lång nattfasta. Lika tidigare år saknas uppgifter helt eller delvis från två av vård- och omsorgsboendena. Det är även ett lågt antal brukare som medverkat vid mätningarna. Av kommunens 131 platser på vård- och omsorgsboende konstateras att endast 38 % har medverkat i mätning av nattfasta.

I analysen som presenterades anges orsaker till resultatet vara, otydlig kommunikation om tillvägagångssätt vid mätningar, bristande kompetens hos medarbetare om vikten av att förebygga undernäring hos äldre. Verksamheterna ger förslag på aktiviteter för att förbättra resultat. Ett fokus för 2024 är att arbeta med åtgärder för att förebyggande undernäring, säkerställa att samtlig vård- och omsorgsboenden utför två mätningar per år och ökar deltagandet.

lex. Maria

Under året har tre händelser utretts enligt lex. Maria. Två av utredningarna resulterade i anmälan till IVO om risk för allvarlig vårdskada.

En händelse handlade om bristande bedömning av legitimerad personal vilket bedömdes påverka att behandlingen för patienten blev fördröjd. I detta ärende har IVO kommit med beslut att om att avsluta ärendet och inte vidta några ytterligare åtgärder. IVO bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. IVO bedömer att de åtgärder som redovisats är adekvata utifrån den händelse som utretts. Vidare anmäldes en händelse om bristande och utebliven behandling av trycksår. Ärendet är pågående.

Avvikelser

HSL avvikelse

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse 2021	Summa/avvikelse 2022	Summa/avvikelse 2023
Brister i bedömning Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser brister i bedömning (avser HSL-insats).	16st	16st	7st
Fallincident Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser fallincidenter.	367st	727st	739st
Läkemedel Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser läkemedel.	275st	435st	443st
Medicintekniska produkter Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser medicintekniska produkter.	7st	5st	7st
Trycksår Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser trycksår.	3st	5st	1st
Övrigt Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som inte avser något av ovanstående områden.	34st	20st	18st
Brister i eller utebliven behandling/omvårdnad/rehabinsatser Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser brister i eller utebliven behandling/omvårdnad/rehabinsatser.	0st	48st	28st

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse 2021	Summa/avvikelse 2022	Summa/avvikelse 2023
Dokumentation Fyll i antalet medicinska avvikelser som rapporterats och som avser dokumentation.		2st	6st
Rapportering och kommunikation Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser rapportering och kommunikation.		13st	9st
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner Fyll i antal medicinska avvikelser som rapporterats och som avser vårdhygien och vårdrelaterade infektioner.	0st	3st	4st
Läkemedel saknas vid kontrollräkning, narkotika Ange hur många avvikelser som avser läkemedel saknas vid kontrollräkning, narkotika.			

Jämfört med statistik ur avvikelssystemet i Viva från 2023 visas en differens av antal avvikelser som rapporterats in i verksamhetssystemet Stratsys. Statistiken i Viva visar att det har rapporterats 909 fallincidenter jämfört med 739 i Stratsys. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser var i Viva 671 stycken jämfört med 443 i Stratsys. Orsaken till differensen kan vara att rapporteringen i verksamhetssystemet inte har utförts korrekt.

Antal inrapporterade läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet för 2023 är på samma nivå som 2022. Under månaderna oktober - december har ett färre antal händelser kopplat till läkemedelshantering inrapporterats jämfört med månaderna januari - september. Den direkta orsaken till minskningen under årets sista tre månader bedöms vara att signeringsverktyget Appva infördes den 3 oktober. Signeringsverktyget möjliggör en tydligare och säkrare signering både för omsorgspersonalen som ska signera utförd insats, och sjuksköterskorna får en omedelbar signal när någon till exempel inte har signerat att man har givit läkemedel enligt ordination. Uppgifter om inrapporterade avvikelser om "läkemedel saknas vid kontrollräkning, narkotika" saknas. Under året har dock flera allvarliga brister vid kontrollräkning av narkotika upptäckts. Åtgärder vidtogs med utökade kontroller och samtal med sjuksköterskor. En av händelserna har polisanmälts.

Antalet rapporterade fallincidenter för 2023 är likvärdig från 2022 och fortsatt det högsta området av inrapporterade avvikelser.

Avvikelser gällande medicinteknisk utrustning ökade marginellt. Ett trycksår har rapporterats in som avvikelse under året.

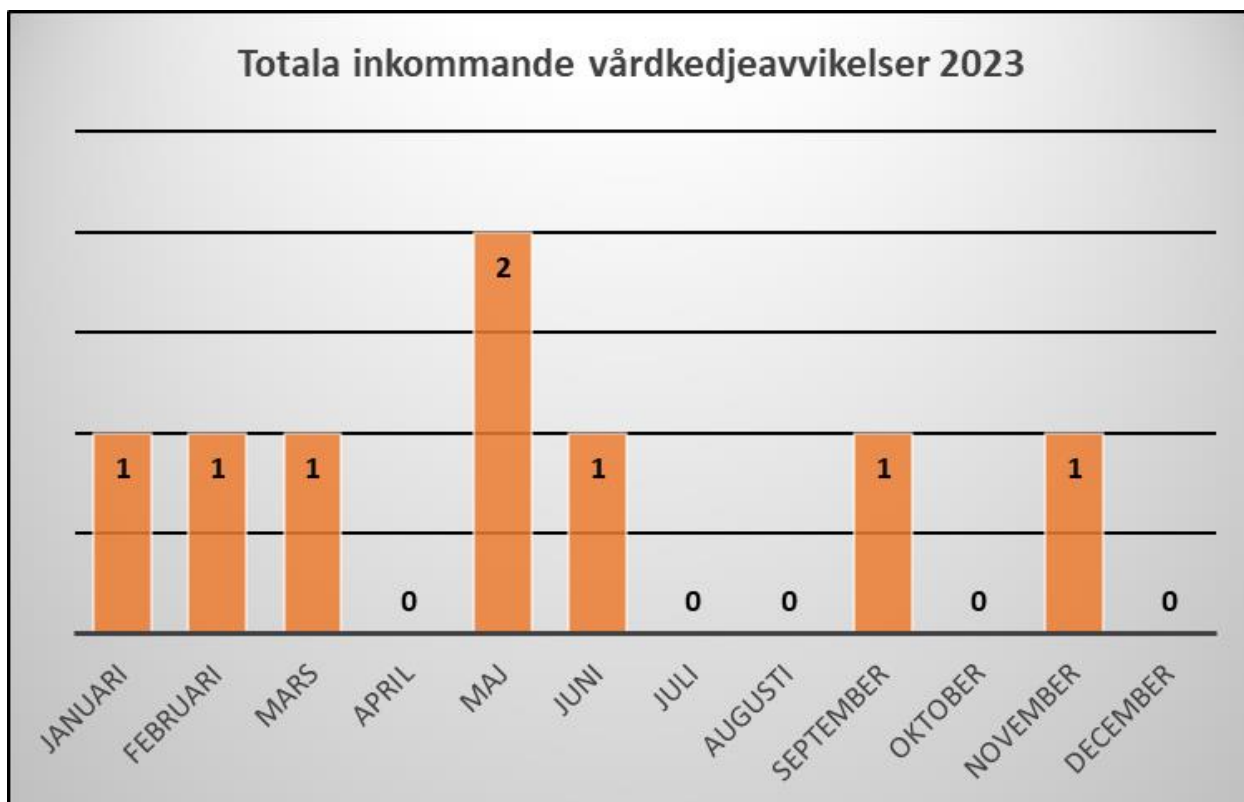
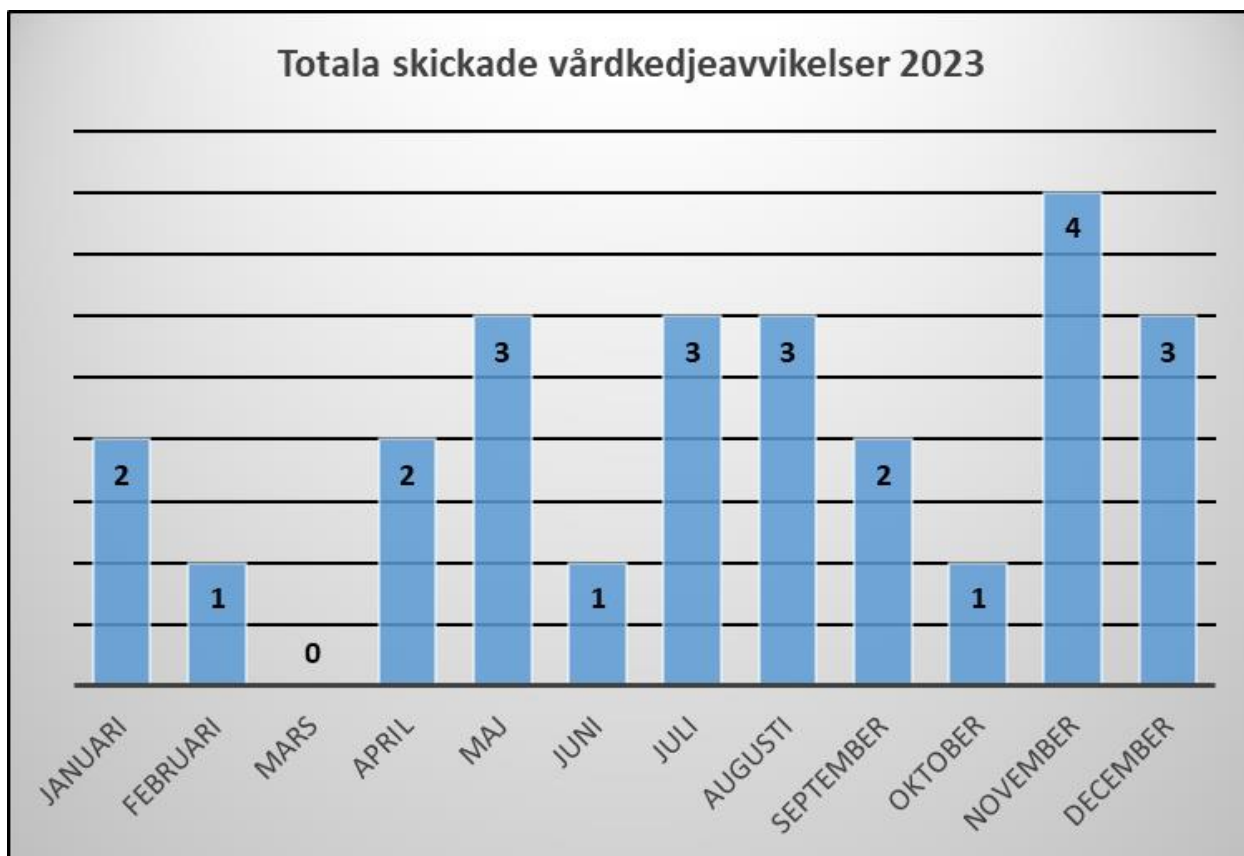
Det låga antal inrapporterade avvikelser inom flera områden exempelvis inom området, medicintekniska produkter och trycksår bedöms vara orsakad av bristande följsamhet till rutinen och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att rapportera risker och händelser gällande vårdskador.

Lex Maria

Kvalitetsavvikelser	Summa/avvikelse 2021	Summa/avvikelse 2022	Summa/avvikelse 2023
Lex Maria Fyll i antalet Lex Maria rapporter som inkommit.	2st	2st	3st

Avvikelser i vårdkedjan

Den mest förekommande orsaken till avvikelser i vårdkedjan både inkommande och skickade, är bristande och/eller utebliven information och kommunikation. Åtta av 25 avvikelser som har skickats från Heby kommun till annan vårdgivare var klassificerade inom området. Andra områden där avvikelser upptäckts och rapporterats är läkemedel, utskrivningsplanering och delat medicinskt ansvar. Totalt åtta avvikelser har inkommit till Heby kommun från annan vårdgivare.



Klagomål och synpunkter

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.

Synpunkter och klagomål rapporteras in i Stratsys 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. Totalt har fyra klagomål inkommit till hälso- och sjukvården.

	Patientnämnden	Externt
Antal inkomna klagomål till hälso- och sjukvården	2	2

Patientnämnden Region Uppsala har erhållit två klagomål från närstående.

Ett av klagomål handlade om synpunkter på felaktig behandling, det andra klagomålet om synpunkter om bristande information från sjuksköterska.

Båda ärendena har åtgärdats av PAN. Åtgärderna bestod i båda fallen av samtal med berörda parter, ärendena har därefter avslutats.

Två klagomål har inkommit externt (via telefon och e-post) som berör vård och behandling. Ett av klagomålen blev inledning till vidare utredning och lex. Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.

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

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. 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

Fokus under 2024 är fortsatt arbete utifrån handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. 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

Mål 2024

1. Förbättra det systematiska patientsäkerhetsarbetet,

genom att kvalitetssäkra arbetet med kvalitetsregister

fortsatt arbeta med aktiviteter utifrån handlingsplanen för patientsäkerhet

Strategi:

Öka antalet riskbedömningar i Senior alert på samtliga vård- och omsorgsboenden

Öka antal genomförda och uppföljda åtgärdsplaner i Senior alert på samtliga vård- och omsorgsboenden

Öka täckningsgraden i Svenska palliativregistret inom samtliga av vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter

Samtliga vård- och omsorgsboende har utbildade administratörer och registrerar i BPSD- registret

Fortsatt arbete utifrån de aktiviteter i handlingsplanen för patientsäkerhet som sträcker sig till år 2025

2. Läkemedelsbehandling ska komma patienten till nytta,

genom att säkerställa och utveckla hanteringen av läkemedel

Strategi:

Lokal utbildning inför delegering av läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras och dokumenteras

3. Utveckla dokumentation inom hälso- och sjukvård

Strategi:

Skapa en lärande process för legitimerad personal, genom kollegiala journalgranskning

Effektiv och Nära vård 2030

Fortsatt aktivt utvecklingsarbete arbetet med region Uppsala, 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.