# Patientsäkerhetsberättelse
# för Sigtuna kommun
# År 2021

Datum: 2022-03-01
Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvariga (MAS och MAR), verksamhetschef äldreomsorg, verksamhetschef omsorgen för funktionsnedsatta
Diarienummer: ÄON/2022:45

# 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”

# Innehåll

SAMMANFATTNING ..... 5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD ..... 6
Engagerad ledning och tydlig styrning ..... 6
Övergripande mål och strategier ..... 6
Organisation och ansvar ..... 6
Samverkan för att förebygga vårdskador ..... 7
Informationssäkerhet ..... 7
En god säkerhetskultur ..... 8
Adekvat kunskap och kompetens ..... 8
Patienten som medskapare ..... 9

AGERA FÖR SÄKER VÅRD ..... 10
Öka kunskap om inträffade vårdskador ..... 12
Tillförlitliga och säkra system och processer ..... 12
Säker vård här och nu ..... 13
Stärka analys, lärande och utveckling ..... 13
Avvikelser ..... 14
Klagomål och synpunkter ..... 17

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR ..... 18

# SAMMANFATTNING

Året 2021 har fortsatt präglas av pandemin 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 ÄOF (Äldre- 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.

Ett samarbete har under årets inletts med Palliativt kompetenscentrum (PKC) med mål att höja kvalitet i den palliativ vården inom verksamheterna. Exempel på aktiviteter som genomförts är utbildning av palliativa ombud inom särskilda boenden för äldre. Samarbetet har även möjliggjort kompetensutveckling för andra verksamheter inom förvaltningens områden.

Under året har former för hur lokal samverkan mellan region och kommun ska ske med ”Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg” som utgångsläge.

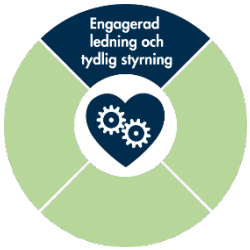
Under 2022 är den huvudsakliga strategin att

- patientsäkerhetsarbetet ska fortsätta enligt handlingsplanen
- fortsätta arbetet med lokal samverkan i Vårdkedjan Sigtuna – God och Nära Vård.

# 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**
God och säker vård med hög patientsäkerhet inom äldre- och omsorgsnämndens verksamheter.
**Strategi**
En arbetsgrupp bestående av representanter från olika professioner och verksamheter inom ÄOF 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 som ska utgöra grund för verksamheternas aktiviteter för förbättring av patientsäkerheten.

### Organisation och ansvar

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

Äldre- och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare tillika huvudman.

Vårdgivaren har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå på särskilda boenden för äldre, gruppboende socialpsykiatri, service- och gruppboende inom LSS, daglig verksamhet inom LSS samt annan dagverksamhet. Verksamheterna har drivits i egen regi under 2021.

Verksamhetschef för äldreomsorg och verksamhetschef för omsorgen om funktionsnedsatta har också haft verksamhetsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) – HSL.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR) är placerad på stabsnivå och arbetar stödjande, kvalitetsutvecklande och har ett tillsynsansvar.

MAS och MAR tar fram riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

**Stödfunktioner**

- Smittskydd Stockholm - är en myndighet som arbetar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor
- Vårdhygien Stockholm - är en expertfunktion som arbetar med att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning hos patienter och vårdpersonal.
- Patientnämnden - är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med vården.
  Patientnämndens kan hjälpa till att framföra klagomål och synpunkter till vårdgivarna.

- Hygienombud finns utsedda i varje verksamhet.
- Krisledningsgrupp som under pandemin arbetat med strategiska frågor.

## 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**

- Ledarutbildning SKR - God och nära vård.
- Vårdkedjan Sigtuna – framtagande av process hur lokal samverkan ska ske utifrån ”Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg”.
- Tandvårdsenheten – nödvändig tandvård, uppsökande verksamhet.
- Palliativt kunskapscentrum i Stockholm (PKC) – utbildning av palliativa ombud, nätverksträffar och riktade utbildningar till olika professioner och områden.
- FoU nu – nätverk demens/kognitiv sjukdom.
- Forum carpe - ett samverkansforum för kompetens- och verksamhetsutveckling inom funktionshinderområdet mellan Stockholm stad och kommuner i Stockholms län.

**Processer och områden där samverkan saknas**

- Forum för patientmedverkan saknas inom flera områden.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom äldreomsorg och omsorgen för funktionsnedsatta visar flertalet av loggkontrollerna att omsorgspersonal inte går in i systemet i den utsträckning som förväntas. Detta har tagits upp med berörd personal och i samband med APT samt tydliggjorts vad som ingår i arbetsuppgifterna.

Ett arbete med kontinuitetsplan har påbörjats under 2021 där även informationssäkerhet ingår, detta kommer att fortgå under kommande år.
Vårdgivaren använder tvåstegsinloggning för åtkomst till system. Behov av behörighet till systemen anmäls av närmaste chef till systemförvaltare och SAS som verkställer behörigheter. MAS ansvarar för behörighet till regionens tandvårdssystem Symfoni.
Under året har det inletts ett arbete med kontinuitetsöversyn där även informationssäkerhet ingår.

## En god säkerhetskultur

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

**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder** för att förbättra ett öppet klimat och en tillåtande kultur, till exempel, våga diskutera och lyfta händelser som kunde ha lett till en vårdskada utan att vara rädd.

**Genomförda aktiviteter**

Inom omsorgen för funktionsnedsatta har ett arbete påbörjats med att införa kvalitetsråd i syfte att lyfta diskussionerna och få ett lärande i det som har rapporterats, eller kunde ha rapporterats. Även legitimerad personal ska bjudas in till kvalitetsråden. Vid kvalitetsråd deltar medarbetare från fler enheter som verkar under samma enhetschef. Tanken är inte att lyfta individärenden vid dessa tillfällen utan att se mönster och trender i det som rapporteras. Avvikelser lyfts på APT och andra forum där medarbetare träffas gemensamt. Generellt kan sägas att patientsäkerhetsarbete inte har haft det utrymme det borde ha inom omsorgens verksamheter. I och med arbetet med pandemin har dessa frågor belysts mer.

Resultatet är att frågorna är mer aktuella inom omsorgen och att det har skapats ett utrymme för att diskutera detta tillsammans med kollegor och legitimerad personal.

Resultatet har också blivit att medarbetarna har uppmärksammats på att patientsäkerhetsfrågorna är lika viktiga som att stötta personer till självständighet eller möjlighet att leva ett liv som andra. Arbetet med patientsäkerhetsverktyget har också varit en bra draghjälp i detta arbete.

Äldreomsorgen har under året arbetat intensivt med att få till en kultur som är lärande där man ser på avvikelser som en möjlighet till förbättringar. Vid alla särskilda boenden för äldre går man igenom fallavvikelser i team och har försöket utveckla att inte bara sätta in åtgärder utan även grundligare se på orsaker och orsakssamband.

## 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 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 är:
Utbildning inom BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) genomförts inom äldreomsorgens verksamheter. Flertalet medarbetare som arbetar med individer med kognitiv sjukdom har erhållit utbildningen vilket har resulterat i ett ökat medvetande hos medarbetaren om miljöfaktorernas betydelse.

Samarbetet med PKC inleddes i september 2021 och under hösten utbildades 23 palliativa ombud inom äldreomsorgen.
Ymer äldreboende har Silviacertifierats.
En checklista har utformats för att säkerställa introduktionen för legitimerad personal.

Obligatoriska webbutbildningar för legitimerad personal har varit:

- Socialstyrelsens webbutbildning om basala hygienrutiner i vård och omsorg
- Socialstyrelsens webbutbildning om förskrivning av hjälpmedel.
- Kunskapstest för utfärdare av tandvårdsstödsintyg

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*
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.

**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder för att**

- engagera patient och närståendemedverkan vid utveckling av processer och arbetssätt,
- säkerställa att patient och närstående informeras och ges delaktighet, till exempel syftet med olika behandlingar och åtgärder,
- säkerställa att patienter och närståendes erfarenheter tas tillvara för att minska risker i vården
- ta fram stöd och vägledning för att möjliggöra en ökad patientmedverkan
- ta fram stöd, processer och rutiner för att hantera synpunkter och klagomål
- att involvera patienten mer i utredningen av de avvikelser som kommer in inom omsorgen för funktionsnedsatta

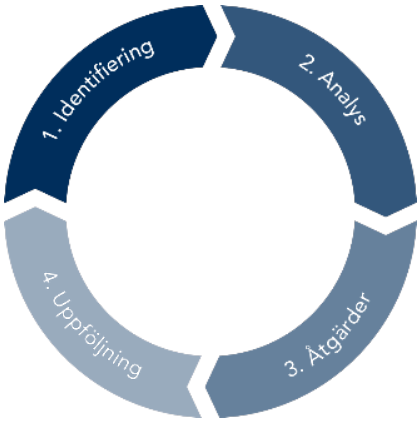
**Genomförda aktiviteter**
Aktiviteter som genomförts under året för att patienter och närstående ska ges bättre möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet är:

- System, processer och rutiner samt hantering av synpunkter och klagomål – ett förvaltningsövergripande arbete med att ta fram ett nytt system för hantering av synpunkter och klagomål har påbörjats under 2021. Synpunkter och klagomål på vården kan lämnas via formulär eller via webbformulär på sigtuna.se. Där finns också information om hur kontakt med patientnämnden kan tas.
- En samverkansrutin vid inskrivning mellan läkarorganisationen och äldreomsorgen är framtagen och implementerad där det framgår att patient och närstående ska bjuds in till möte för att ge en ökad delaktighet i den egna vården.
- Patient och närstående har varit delaktiga via intervjuer i analysarbetet med ökad patientsäkerhet.
- Brevlådor för synpunkter vid äldreboenden. Verksamheterna har jobbat för att få ett inbjudande klimat där synpunkter både positiva och negativa välkomnas.

# 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

Egenkontroller inom hälso- och sjukvårdsområdet har genomförts i verksamheterna av legitimerad eller annan behörig personal.

Journalgranskningen har utförts av MAS och MAR.

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler – PPM har utförts av omsorgspersonal inom äldreomsorgens verksamheter.

Resultaten har rapporterats och redovisas i nedanstående tabell.

| Egenkontroller 2021<br>hälso- och sjukvård | Metod | Om-<br>fattning | Resultat |
|---|---|---|---|
| **Basala hygienrutiner och klädregler** | Registrering utifrån självskattningsblankett | 4ggr/år mars, juni, oktober, december | Resultat vid självskattning av basala hygienrutiner och klädregler uppfyller ej 100% följsamhet vid samtliga enheter enligt uppgift. |
| **Basala hygienrutiner och klädregler** | Punktprevalensmätning - SKR. Observationsstudier. I mätningen observeras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler dvs. följsamheten till åtta olika stegen i samband med patientnära arbete som till exempel omvårdnad, behandling och undersökning. | 1g/år | Äldreomsorgen har förbättrat sina resultat från 47,8 % år 2020 till 98,8 % år 2021 |
| **Hygienrond särskilt boende** | Inspektion enligt mall | 1 g/ vartannat år | Ej genomfört 2021 |
| **Besiktning av tak- och golvlyftar** | Besiktning utförd av behörig tekniker<br>Besiktningsprotokoll | 1g/år | Arhem utfört: 2 lyftar ej godkända, åtgärdade<br>Ymer utfört: 1 lyft ej godkänd, åtgärdad<br>Ärlinghem utfört: 9 lyftar ej godkända, 4 åtgärdade, 5 skrotade<br>Hemskogen ej utfört: oklart skick<br>Omsorgen/ LSS utfört: 2 lyftar ej godkända, åtgärdade |
| **Periodisk inspektion av lyftselar** | Inspektion enligt mall | 2ggr/år | Utfört 2 ggr under 2021 enligt rutin |
| **Klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvårdsområdet** | Inkomna klagomål till:<br>- Förvaltningen<br>- Patientnämnden<br>- IVO | 2ggr/år | Inkomna klagomål:<br>Förvaltningen – 3 registrerade<br>Patientnämnden – 0 registrerade<br>IVO – 1 registrerad |
| **Journalgranskning** | Granskning av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournaler | 2ggr/år | Utfört av MAS och MAR.<br>Resultat redovisas separat |
| **Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshantering** | Inspektion med protokoll | 1g/år | Genomfört enligt plan med anmärkningar och tillhörande handlingsplan |
| **Trycksår** | Avvikelserapportering sammanställning | 1g/år | Resultat redovisas separat |
| **Fallolyckor** | Avvikelserapportering sammanställning | 1g/år | Resultat redovisas separat |
| **Munhälsa- genomförda riskbedömningar** | Senior alert | 1g/år | 432 riskbedömningar av munhälsa är genomförda |
| **Nattfasta** | Registrering utifrån protokoll. | 1g/år | Ej genomfört i verksamheterna |
| **Läkemedelsavvikelser** | Avvikelserapportering sammanställning | 1g/år | Resultat redovisas separat |

## 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.

**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder för att**

- öka kunskapen om syftet med rapportering av avvikelser, processen med tillhörande rutiner och ytterligare implementering av rapporteringssystemet.
- förbättra återkoppling och lärande
- utveckla delaktigheten för patienter och närstående att medverka i patientsäkerhetsarbetet inom omsorgen för funktionsnedsatta, utrymme finns för fler trepartsmöten mellan legitimerad personal, patient och medarbetare

**Genomförda aktiviteter**
Aktiviteter som genomförts under året för att öka kunskapen om orsaken till rapporterade avvikelser och inträffade vårdskador är att:

- genomgång och uppföljning av avvikelser och vårdskador har utförts i multiprofessionella team på varje enhet inom äldreomsorgen.
- inom äldreomsorgen har fokus varit på en lärande miljö där varje chef tagit upp inträffade avvikelser med frågan varför det har inträffat

## 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.

**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder** för att

- förbättra kännedom och efterlevnad till rutiner och riktlinjer samt att kunna använda ledningssystemet
- säkerställa att delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder åtgärder utförts och följs upp, till exempel gällande palliativ vård, läkemedelshantering och rehabiliterade åtgärder
- säkerställa att medicinsktekniska produkter hanteras på ett patientsäkert sätt, till exempel hantering av personlyft

**Genomförda aktiviteter**
Aktiviteter som genomförts under året är:

- digital signering av ordinerade rehabiliterande åtgärder har påbörjats inom äldreomsorgen och omsorgen för funktionsnedsatta
- digital signering av läkemedel har påbörjats inom omsorgen för funktionsnedsatta är sedan tidigare i bruk inom äldreomsorgen

## 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.

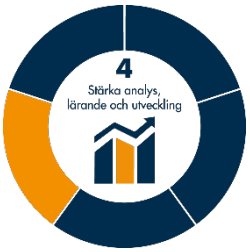
**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder** för att

- säkerställa en väl fungerande dokumentationskedja mellan HSL och SoL samt inom respektive områden i hela den interna vårdprocessen
- utveckla ett väl fungerande teamarbete med tydliga ansvarsroller och med patienten i fokus

**Genomförda aktiviteter**
Aktiviteter som genomförts under året är:

- En ökad bemanning av legitimerad personal har genomförts. Enligt verksamheten finns ett behov av ytterligare utökning.
- Det har skett en förtätning av fysioterapeut och arbetsterapeut inom omsorgen för funktionsnedsatta. Det har i samband med det också blivit ett utökat samarbete mellan arbetsterapeut, fysioterapeut, medarbetare samt enhetschef.

## 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.

**Den genomförda patientsäkerhetsanalysen visar på behov av åtgärder för att** säkerställa delaktighet till resultat från kvalitetsregister och annan statistik för att kunna bedriva kontinuerligt förbättringsarbete

**Genomförda aktiviteter**
Aktiviteter som genomförts är att resultat utifrån Svenska palliativregistret har identifierade kvalitetsindikatorer varit grund till upplägg vid utbildning av palliativa ombud.

### Journalgranskning

**Granskning av upprättade hälsoplaner**
Granskning har genomförts av hälsoplaner i journalsystemet. Urvalet gjordes slumpvis utifrån registrerade avvikelser i avvikelsesystemet inom områdena fall och trycksår, perioden 2021-01-01–2021-10-30.
Av 10 granskade fallavvikelser fanns det två påbörjade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen. Dessa två hälsoplaner var inte fullständiga, anteckningar om utredningar och åtgärder fanns delvis men inte kopplade till hälsoplanerna. Vid åtta av 10 fallavvikelser fanns ingen aktuell hälsoplan upprättad.
Av två granskade avvikelser gällande trycksår fanns i ett av fallen en upprättad hälsoplan med utredande och behandlande åtgärder. I den andra avvikelsen fanns det ingen hälsoplan den aktuella tiden för avvikelsen. Dock påbörjades en hälsoplan för trycksår en månad senare.
Upprättande av hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen är ett förbättringsområde.

Under 2022 planeras införandet av ett nytt system för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Det är då viktigt att verksamheten arbetar med rutiner för upprättande av hälsoplaner.

**Granskning av användningen av Beslutsstödet ViSam**
ViSam är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg vilket ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Visam infördes inom hälso- och sjukvårdsorganisationen den 11 december 2020.
Checklistan ska ge ett stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Checklistan kan även användas som ett underlag för diskussion med individ och närstående om situationen som uppstått.
Syftet med beslutsstödet ViSam är att bedömningen vid förändrat hälsotillstånd hos patienter inom kommunal vård- och omsorg ska bli strukturerad. Patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare ska vara säker.
Tillvägagångssätt utfördes dels genom journalgranskning dels genom en enkät till samtliga tjänstgörande sjuksköterskor.
Resultatet visade 0 antal journalanteckningar under perioden 2021-01-01 - 2021-09-03. Enkäten visade att samtliga tillfrågade hade kännedom om beslutstödet.
33 % av de tillfrågade sjuksköterskorna hade i sin bedömning använt beslutstödet och merparten upplevde att beslutsstödet hade underlättat sjuksköterskan sammanfattande bedömning och att beslutstödet var lätt att använda.
67 % av sjuksköterskorna hade inte använt beslutstödet vid sin bedömning.
Resultat påvisar att följsamheten till användandet kräver förbättringsåtgärder.

## Avvikelser

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

Under året 2021 har ingen lex. Maria anmälan om allvarlig vårdskada gjorts till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).
IVO har begärt in journalhandlingar i ett led i granskning av äldreomsorgen i Sverige. Utifrån genomförd tillsyn år 2020 konstaterade IVO att lägstanivån var för låg vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre (SÄBO).

## Redovisning av registrerade avvikelser inom områdena läkemedel, fall, medicintekniska produkter och trycksår

### Läkemedelsavvikelser

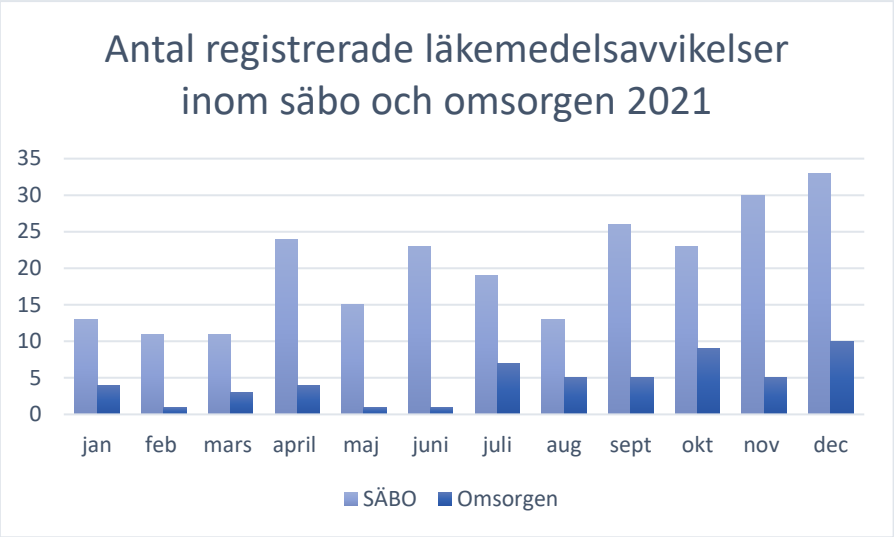



Bild 2. Antal registrerade läkemedelsavvikelser säbo, omsorgen 2021

Bild 3. Registrerade orsaker till läkemedelsavvikelse 2021

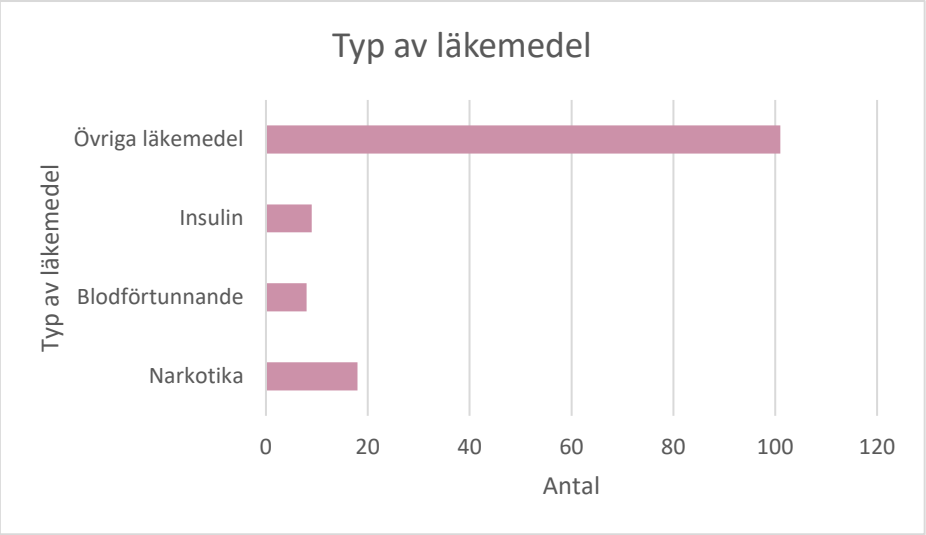



Bild 4. Registrerade typer av läkemedel 2021

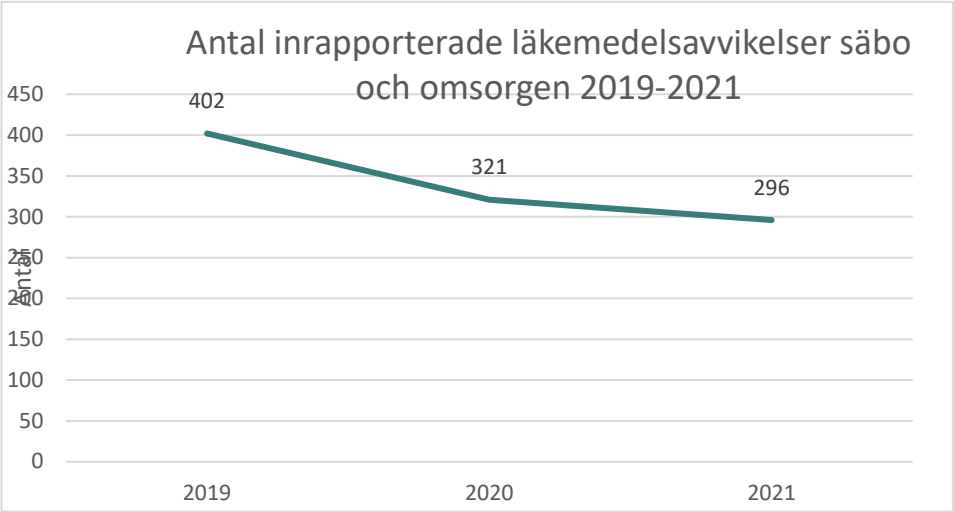



Bild 5. Antal inrapporterade läkemedelsavvikelser 2019-2021

Trenden visar en tydlig minskning av inrapporterade antal läkemedelsavvikelser.
En tänkbar orsak till minskningen är att införandet av ett digitalt signeringsverktyg år 2020 har gett effekt. Verktyget påminner och ger en tydlig bild över patientens läkemedelsordinationer till den delegerade omsorgspersonalen, och den legitimerade personalen kan se om den delegerade uppgiften ej är genomförd utan fördröjning.
En annan trolig faktor till en minskad volym av negativa händelser kan vara ökad medvetenhet om säker läkemedelshantering genom uppföljning av enskilda händelser.
Den mest förekommande orsaken är utebliven dos och utgör > 90 % av det totala antalet inrapporterade läkemedelsavvikelser.

**Fallavvikelser**

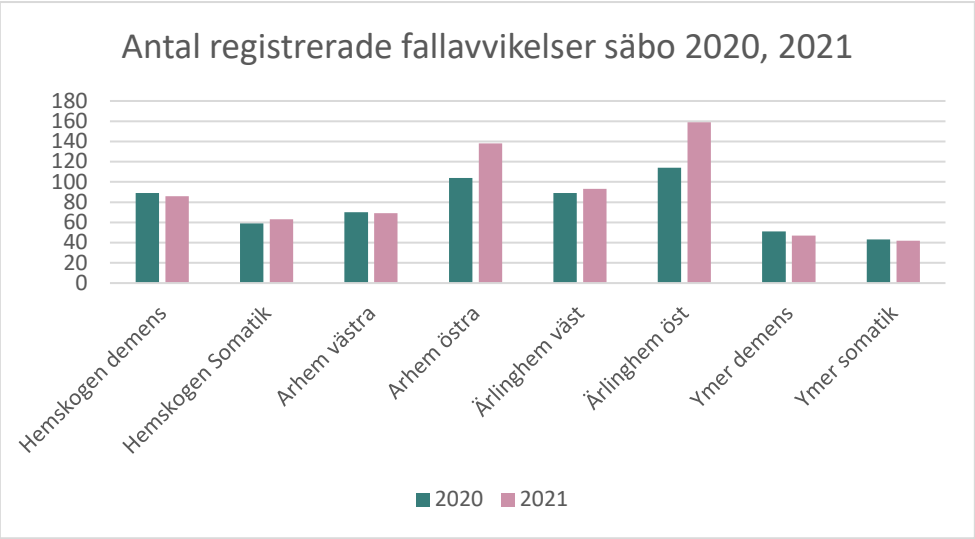



Bild 6. Antal registrerade fallavvikelser 2020 och 2021

Inom särskilt boende registrerades under 2021 totalt 697 fallavvikelser, det är en ökning med 78 registrerade fall jämfört med 2020 när 619 fallavvikelser registrerades. Av de 697 registrerade fallavvikelserna under 2021 resulterade 10 fall i frakturer och 22 fall i annan svårare fallskada/sjukhusvård. Under året har verksamheterna arbetat med att utveckla det fallförebyggande teamarbetet vid samtliga särskilda boenden. Det kan eventuellt ha påverkat att följsamheten att registrera fall uppmärksammats och förbättrats och därmed bidragit till en ökning av registrerade fall. Ökningen kan också bero på att fallen ökat i de två boenden som tillsammans svarar för 79 fler registrerade fallavvikelser jämfört med 2020.

Inom omsorgen registrerades under 2021 totalt 20 fallavvikelser, vilket inte är någon större skillnad jämfört med 2020 när 21 fallavvikelser registrerades. Av de 20 registrerade fallavvikelserna under 2021 resulterade ett fall i fraktur och ett fall i annan svårare fallskada/sjukhusvård.

**Medicintekniska produkter**
Under året 2021 registrerades 12 avvikelser sammanlagt gällande medicintekniska produkter inom äldreomsorgen och omsorgen för funktionsnedsatta.

**Trycksår**
Tre avvikelser har under året 2021 registrerats gällande uppkomna trycksår inom äldreomsorgen. Från omsorgen har inga avvikelser gällande trycksår registrerats.

## Klagomål och synpunkter

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

**Klagomål och synpunkter via Patientnämnden**
Redovisning över inkomna ärenden till Patientnämnden visar 0 inkomna ärenden under året.

**Klagomål och synpunkter via IVO**
Ett klagomål har lämnats av närstående gällande hälso- och sjukvård.

**Klagomål och synpunkter till kommunen gällande hälso- och sjukvård**
Tre klagomål/synpunkter har inkommit och registrerats under året. När ett klagomål/synpunkt inkommer hanteras ärandet skyndsamt. Inom fyra dagar ska den person vilken inkommit med klagomålet/synpunkten bli kontaktad.
Ett mörkertal av inkomna klagomål/synpunkter till kommunen kan finnas då det inte i dagsläget finns ett fungerande system för registrering och sammanställning.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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 bild 7.
Målet är att förbättra patientsäkerheten genom aktiviteter inom de identifierade områdena under åren 2022-2023.
Uppföljning av resultat sker dels kontinuerligt i särskilda patientsäkerhetsmöten med verksamhetschefer, MAS och MAR, dels genom riktade uppföljningar av handlingsplanen 2ggr/år.

Under kommande år ska arbetet fortsätta med att utveckla den lokal samverkan i Vårdkedjan Sigtuna för en God och Nära Vård. 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 Sigtuna kommun.

## Högst prioriterade områden för insatser utifrån patientsäkerhetsanalysen

| Fokusområde | Tema | Insatser för att möta de identifierade utmaningarna | Prioritering (1-7) 7=högst prioriterat |
|---|---|---|---|
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | En god säkerhetskultur | Åtgärder för att förbättra ett öppet klimat och en tillåtande kultur, till exempel - våga diskutera och lyfta händelser som kunde ha lett till en vårdskada utan att vara rädd. Våga fråga när man inte kan. | 7 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | Avvikelserapportering | Öka kunskap om syftet med rapportering av avvikelser, processen med tillhörande rutiner och ytterligare implementering av rapporteringssystemet. Förbättra återkoppling och lärande. | 6 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling | Säkerställa att delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs och följs upp. Till exempel gällande läkemedelshantering, palliativ vård och rehabiliterande åtgärder. | 6 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | Medicinteknik, medicin-tekniska produkter, hjälpmedel och välfärds-teknik | Säkerställa att medicintekniska produkter hanteras på ett patientsäkert sätt, till exempel hantering av personlyft. | 6 |
| Säker vård här och nu | Dagligt patientsäkerhets-arbete | Säkerställa en väl fungerande dokumentation mellan HSL och SoL samt inom respektive område i hela den interna vårdprocessen. | 6 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | Uppföljning av patient-säkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor | Säkerställa delaktighet till resultat från kvalitetsregister och annan statistik för att kunna bedriva kontinuerligt förbättringsarbete. | 6 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Engagerad ledning och tydlig styrning | Tydliggöra ansvar och roller mellan professioner och teamets funktion och uppdrag. | 6 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Patienter och närståendes synpunkter och klagomål | Ta fram system, process och rutiner för hantering av synpunkter och klagomål. | 6 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Patientens delaktighet i den egna vården | Säkerställa att patient och anhöriga informeras och ges delaktighet, till exempel syfte med olika behandlingar och åtgärder | 6 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Patient-perspektiv i analys, lärande och utveckling | Säkerställa att patienter och anhörigas erfarenheter tas tillvara för att minska risker i vården. | 6 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling | Agera för att förbättra kännedom och efterlevnaden till rutiner och riktlinjer samt att kunna använda ledningssystemet. | 5 |
| Säker vård här och nu | Dagligt patientsäkerhetsarbete | Utveckla ett väl fungerande teamarbete med tydliga ansvarsroller och med patienten i fokus | 5 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Adekvat kunskap och kompetens | Utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom fortbildning och handledning. | 5 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Patienten som medskapare | Ta fram stöd och vägledning för att möjliggöra en ökad patientmedverkan. | 5 |
| Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete | Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt | Säkerställa patient och anhörigmedverkan vid utveckling av processer och arbetssätt, till exempel att engagera patientrepresentanter | 5 |

Bild 7. Tabell över högst prioriterade områden utifrån patientsäkerhetsverktyget.