ARJEPLOGS KOMMUN
ÁRJEPLUOVE KOMMUVNNA

# Patientsäkerhetsberättelse

## Vård och omsorgsverksamheten

2021

Datum och ansvarig för innehållet

220301 Solweig Hedman, MAS

# Innehåll

ARJEPLOGS KOMMUN
ÁRJEPLUOVE KOMMUVNNA ..... 1

**PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE ..... 1**

**Sammanfattning ..... 3**
Mål ..... 3
De viktigaste åtgärderna som vidtagits ..... 3
De viktigaste resultaten som uppnåtts ..... 3
En blick framåt ..... 4

**STRUKTUR ..... 4**
Övergripande mål och strategier ..... 4
Organisation och ansvar ..... 5
Samverkan för att förebygga vårdskador ..... 6
Patienters och närståendes delaktighet ..... 8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ..... 8
Klagomål och synpunkter ..... 9
Egenkontroll ..... 9

**PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten ..... 9**
Riskanalys ..... 10
Utredning av händelser - vårdskador ..... 11
Informationssäkerhet ..... 11

**RESULTAT OCH ANALYS ..... 11**
Avvikelser ..... 11
Klagomål och synpunkter ..... 16
Händelser och vårdskador ..... 16
Hälso- och sjukvårdsinsatser ..... 16
Patientsäkerhetsrisker ..... 16
Analys ..... 17

**Mål och strategier för kommande år ..... 18**

# Sammanfattning

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd.

Under 2021 har den kommunala hälso- och sjukvården haft 591 vårdåtaganden fördelat på 294 personer. Av dessa har 53 hört till hemsjukvården och där har 125 vårdåtaganden skett. Alla dessa omfattas av patientsäkerhetsarbetet.

Genomgående i hela patientsäkerhetsberättelsen beskrivs de personer som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård som patienter.

## Mål

Grundläggande målet är att ingen patient hos oss ska drabbas av eller utsättas för risk att få en allvarlig vårdskada

## De viktigaste åtgärderna som vidtagits

2021 fortsatte pandemin att ställa till det för oss och många patientsäkerhetsåtgärder handlade om att förhindra smittspridning i våra verksamheter.

I början av pandemin gjordes stora insatser för att förbereda, utbilda och förebygga inför ett eventuellt utbrott av Covid 19 inom våra verksamheter. Tyvärr var inte heller våra verksamheter skonade från smittspridning. Att fortsätta arbetet med att begränsa smittspridningen blev viktigt att upprätthålla under hela året.

En viktig patientsäkerhetsåtgärd som genomfördes var digital signering för läkemedel.

## De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Det stora arbetet för att förhindra att Covid 19 spreds inom den kommunala vården och omsorgen klarades under hela 2020 men tyvärr fick vi in smitta i början av 2021. Det gjordes ett stort arbete för att förhindra spridning och det lyckades verksamheterna bra med.
- Enhetscheferna inom Vård och omsorg har förbättrat arbetet med avvikelserna i samband med att avvikelsemodulen i Treserva uppdaterats och det blivit lättare att aktivt följa processen genom arbetet.

## En blick framåt

- Nära vård med primärvården som nav
- Kompetensförsörjning
- Införa ett strukturerarat patientsäkerhetsarbete
- Gemensamt verksamhetssystem med övriga kommuner i Norrbotten
- Förslag på äldreomsorgslag
- Välfärdsteknik

# Inledning

*Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.*

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

**En hög patientsäkerhet präglas av;**

- engagerad ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvård på alla nivåer
- att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete
- att det finns en god säkerhetskultur där vårdskador förhindras bland annat genom aktivt riskförebyggande arbete

**Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är:**

- Ingen patient hos oss ska komma till skada eller utsättas för risk att drabbas av allvarlig vårdskada

**Det innebär bland annat att all personal ska;**

- arbeta förebyggande för att undvika vårdskador
- samverka, både internt och externt för att främja patientsäkerheten
- ge patienten möjlighet att vara delaktig i sin vård

## Organisation och ansvar

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

Arjeplogs kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för de personer som bor på särskilda boenden; Vaukagården och Tallbacken. LSS boendet Lugnet omfattas också i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Genom avtal med Region Norrbotten (landstinget) har hemsjukvård överlåtits till kommunerna i Norrbotten. I detta avtal ingår även att utföra hembesök på uppdrag av primärvården hos de personer som inte kan ta sig till Hälsocentralen. Förskrivningsansvaret för hjälpmedel i hemmet ingår därigenom också i uppdraget.

**Vårdgivaren = Kommunstyrelsen**

Patientsäkerhetslagen reglerar vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Inom Arjeplogs kommun har Kommunstyrelsen i egenskap av vårdgivare det uppdraget vilket innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Det innebär framförallt att skapa förutsättningar och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och andra styrande beslut.

**Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen**

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Det ska också finnas någon som har det övergripande ansvaret för den verksamheten. Inom Arjeplogs kommun är verksamhetschefsansvaret delat mellan MAS och socialchef. En verksamhetschef behöver inte ha medicinsk kompetens men utan den får hen inte bestämma över medicinska frågor. De ansvarsområden som enligt lag och föreskrift åligger den medicinskt ansvariga sjuksköterskan kan inte heller verksamhetschefen bestämma över.

**MAS = Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Inom kommunal hälso- och sjukvård måste det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Denne har det medicinska ledningsansvaret vilket regleras i Hälso- och sjukvårdsförordningens 4 kap 6§ och innebär att ansvara för att;

- patienter inom kommunens ansvarsområde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- Patienter får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- Patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av avvikelser och för att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd kräver det

MAS är ansvarig för bedömningen om en avvikelse inom hälso- och sjukvård är en så pass allvarlig händelse att den medfört allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra det. MAS är också anmälningsansvarig av Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Utöver detta ingår en del andra arbetsuppgifter inom MAS område i Arjeplogs kommun, det är bland annat också att vara MAR = medicinskt ansvarig för rehabilitering.

**Enhetschefer**

Enhetschefer inom Vård och omsorg har ett övergripande ansvar på sin enhet för att patientsäkerheten upprätthålls och att personalen arbetar efter de lagar och föreskrifter som finns. Enhetschef följer också kontinuerligt upp de synpunkter och rapporterade händelser som rör enheten/verksamheten och återrapporterar till verksamhetschef hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits på respektive enhet under året. Utvärdering och uppföljning av avvikelser i verksamheten ska ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen. I enhetschefens ansvar ingår också att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att kunna arbeta patientsäkert.

**Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Inom kommunen är det sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Dessa funktioner har ett eget yrkesansvar och är i och med det skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta görs till största delen i verksamhetssystemet Treserva.

### Omsorgspersonal

Omsorgspersonal utför hälso- och sjukvårdsuppgifter genom antingen delegerat ansvar, via ordinationer eller instruerade arbetsuppgifter. De räknas vid dessa tillfällen som hälso- och sjukvårdspersonal med yrkesansvar. I det ansvaret ingår en skyldighet att medverka i kvalitetsarbetet. Som en del i det arbetet rapporteras avvikelser.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Intern samverkan

Samverkan sker på ledningsnivå internt i Vård- och omsorgs ledningsgrupp varje månad. Under 2021 har vi förutom dessa träffar även fortsatt att ha avstämningsmöten. Hur ofta har varierat, mellan 1- 3 gånger i veckan utifrån aktuellt läge med pandemin.

Under 2021 har säkerhetsgruppen som finns i kommunen för allvarliga/ krisrelaterade händelser fortsatt att träffas. Där har samverkan och kommunikation internt skett i varierande grad och dessa avstämningsmöten har också varierat i hur ofta i veckan dessa har skett. Kommunikation har kanaliserats inom kommunen via denna sammanslutning. MAS och/eller socialchef har medverkat på dessa möten.

### Ledning kommunal hälso- och sjukvård

MAS och verksamhetschef (socialchef) har inplanerade avstämningsmöten varje vecka där vi diskuterar de övergripande hälso- och sjukvårdsfrågorna för vård och omsorgsverksamheten

### Hälso- och sjukvårdsenheten

Samverkansträffar har MAS och enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten regelbundet enskilt men även tillsammans med hela hälso- och sjukvårdsenheten varje månad. Där diskuteras de specifika frågor som rör hälso- och sjukvårdsenheten. Under 2022 kommer en tydligare struktur för hur samverkan runt kommunal hälso- och sjukvård ska fortsätta att göras.

### Extern samverkan

Externt sker samverkan lokalt med hälsocentralen genom s.k. REKO (Region och Kommun) möten 4 gånger/år utifrån gemensamt fastställd dagordning. Kommunen och Regionen alternerar att kalla till mötet. Utöver dessa inplanerade möten samverkar MAS, enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten samt verksamhetschefen för hälsocentralen regelbundet bland annat utifrån uppmärksammade händelser eller avvikelser där vi behöver samverka för att undvika vårdskador.

### Region Norrbotten och Norrbottens kommuner

I länet finns samverkansavtal och överenskommelser mellan kommunerna och landstinget (Region Norrbotten). Det är lite olika hur dessa avtal och överenskommelser följs upp. Det finns olika konstellationer där vissa av dessa frågor hanteras och där Norrbottens kommuner representerar hela länets kommuner.

Under 2021 års pandemi har samverkan inom området Vårdhygien, smittskydd och Länsservice varit särskilt uppmärksammade

Under även 2021 har det arbete som påbörjades inom området God och nära vård varit vilande, dels på grund av pandemin men också på grund av den organisationsförändring som pågått inom Region Norrbotten.

**Lokal samverkan Kommun och Region**

De lokala överenskommelse som finns följs upp regelbundet i samband med REKO möten. När det behövs kan samverkan ske även vid andra tillfällen för att lösa gemensamma frågor. Det fungerar i stort sett bra.

**Medicinsk insatser på särskilda boenden**

Under 2021 påbörjade IVO en tillsyn på särskilda boenden i Sverige och i samband med det har vi överlämnat patientjournaler till den granskningen. Under 2022 hoppas vi få beslut om denna granskning.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Vid utredning av allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. I samband med inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård ges information om var patient och närstående kan vända sig för att framföra synpunkter och klagomål. Information lämnas i förekommande fall även om;

- Patientnämndens uppgift och möjligheten att få stöd vid klagomål
- IVO och möjligheten att lämna klagomål dit
- Möjligheten att begära ersättning enligt Patientskadelagen eller läkemedelsförsäkringen

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

- Alla avvikelser rapporteras i verksamhetssystemet Treserva. Dessa utreds och analyseras på respektive enhet. MAS utreder och analyserar allvarligare händelser i samverkan med berörd enhet och anmäler allvarliga händelser till tillsynsmyndighet
- Återkoppling till medarbetarna ska ske av chef för enheten. I vissa fall kan MAS/ socialchef vara delaktiga.
- MAS redovisar allvarliga händelser för vårdgivaren och gör en kortare sammanställning av alla avvikelser en gång per år och resultatet redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.
- Vid varje KS redovisar MAS en avvikelse inom varje respektive lagrum; HSL, SoL och LSS. Hela processen inom arbetet med avvikelserna redovisas då.

## Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har en skyldighet att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

- Klagomål tas emot och utreds på enheten.
- Socialchef och/eller MAS sammanställer inkomna klagomål inom hälso- och sjukvård och redovisar för vårdgivaren
- MAS och/eller enhetschefen för hälso- och sjukvårdsenheten och/eller socialchef utreder och analyserar händelser som enbart berör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

- Återkoppling till den som lämnat klagomålet sker enligt överenskommelse med denne.
- Synpunkter och avvikelser från annan vårdgivare utreds i verksamheten och återkopplas till berörd enhet av MAS eller socialchef.
- De synpunkter och avvikelser som inkommer från Hälsocentralen återkopplas i samband med ReKo – möten.

## Egenkontroll

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

Inom Arjeplogs kommuns hälso- och sjukvård finns en egenkontrollplan som beskriver vilken typ av egenkontroll som ska göras och när. Egenkontrollplanen redovisas längst bak i dokumentet.

Under 2021 har en större sammanställning av rapporterade avvikelser genomförts. Bland annat har en analys av orsaker och åtgärder gjorts. Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser har inneburit en enkät till enhetschefer.

# PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Under 2021 har stor del av patientsäkerhetsarbetet handlat om att förhindra smittspridning av Covid 19 inom verksamheterna. I slutet av 2021 infördes digital signering av läkemedel vilket varit en målsättning under flera år.

**Basala hygienrutiner och klädregler**

Under 2021 fortsatte arbetet med att upprätthålla de basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra smittspridning.

**Förebyggande arbete**

Fallförebyggande arbete har skett ute på enheterna. Riktad uppföljning av detta arbete kommer att ske under 2022.

**Utbildningsinsatser**

Både Socialstyrelsen och Region Norrbotten gjorde webbutbildningar som personal kunde ta del av när det passade. Under året gjordes riktade utbildningsinsatser av en av våra sjuksköterskor till omsorgspersonalen utifrån de behov som uppmärksammats av chefer.

**Personalens arbetsmiljö**

En god patientsäkerhet handlar också om personalens arbetsmiljö. Vi har även under hela 2021 haft bra tillgång på skyddsutrustning både till skydd för patienter men även för vår personal vilket varit positivt. När det gäller legitimerad personal är det fortsatt svårt med att rekrytera personal inom alla 3 yrkeskategorier. Det är viktigt att göra allt som är möjligt för att dels få redan anställd personal att vilja vara kvar men även för att kunna locka andra att flytta till Arjeplog och börja arbeta inom kommunal hälso- och sjukvård. Det är viktigt att titta över alternativa lösningar när det gäller en god arbetsmiljö.

**Patientsäkerhetsronder och utbildningsinsatser**

En patientsäkerhetsmatris har utarbetats av MAS som är tänkt att underlätta ute i verksamheterna när det uppkommer frågor om arbetsuppgifter kan utföras patientsäkert.

Det finns även ett behov av att införa någon form av patientsäkerhetsronder samt att planera för kontinuerliga utbildningsinsatser i patientsäkerhetsarbete

och kvalitet i vården och omsorgen. Det finns också ett behov av att lyfta patientsäkerhetsfrågorna och att införa en handlingsplan hur vård och omsorgsverksamheten ska arbeta med patientsäkerhetsfrågorna.

**Organisationsförändring**

I början av 2021 förändrades ledningsstrukturen när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården genom att verksamhetschefsansvaret för hälso- och sjukvården i kommunen flyttades från socialchef till MAS. Det är viktigt att utvärdera förändringen under 2022.

**Läkemedelshantering**

I slutet av 2021 infördes digital signering för läkemedel. Det har varit ett område där det länge funnits en önskan om detta. Under 2020 kommer en särskilt riktad egenkontroll inom det området att genomföras. I samband med det kommer det även att genomföras en kontroll över hur delegeringar av ansvar för hälso- och sjukvård sker inom verksamheterna.

## Riskanalys

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

Under 2021 har uppföljning av de riskanalyser som genomfördes utifrån Covid 19. Stort fokus har visserligen legat på personalens arbetsmiljö men vissa delar i dessa kan också vara åtgärder för patientsäkerheten.

I Treserva i avvikelsemodulen finns möjlighet att rapportera risker, både för den enskilde men även för enheten/ verksamheten i stort som skulle kunna påverka patientsäkerheten. När sådana risker uppmärksammas tar respektive enhetschef itu med det som skulle kunna inträffa.

**Inför organisationsförändring**

Det finns flera områden där riskanalyser har genomförts och planeras. Dels nytt verksamhetssystem gemensamt med länets kommuner. Läkemedelshanteringen är ett stort riskområde när det handlar om patientsäkerhet. Under 2021 slutfördes arbetet med att införa digital signering. En förhoppning är att det ska förbättra framförallt när det gäller uteblivna doser av läkemedel. Under 2021 genomfördes en riskanalys för detta införande. Den genomfördes utifrån arbetsmiljöperspektiv så en uppföljning utifrån patientsäkerhetsperspektiv kommer att genomföras under 2022 i samband med egenkontrollen.

Under 2022 kommer också en uppföljning att genomföras utifrån förändringen av verksamhetschef HSL.

I samband med att arbetet med framtidens äldreboende fortskrider behöver även riskanalyser göras utifrån patientsäkerhetsperspektiv.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Alla avvikelser som rapporteras utreds i mer eller mindre grad. Vissa som räknas som allvarliga utreds med flera professioner inblandade. Treservas avvikelsemodul har uppdaterats och i och med det förändrats till att vara mer processtyrt än tidigare. Den förbättring som kan synas väldigt tydlig är att enhetscheferna arbetar mycket mer aktivt med avvikelserapporterna än tidigare. Ett betydligt större antal har både bedömda orsaker och insatta åtgärder. Tyvärr har funktionen för att få fram statistik blivit betydligt sämre.

En sammanfattning av rapporterade avvikelser och ett samlat resultat och analys redovisas under rubriken resultat och analys

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Under 2021 har det inte pågått något riktat arbete inom området informationssäkerhet. Under 2022 kommer en riktad journalgranskning att genomföras. Den statistik som lämnas till Socialstyrelsen om utförda hälso- och sjukvårdsinsatser är mycket missvisande. Till viss del kan det bero på verksamhetssystemet som är svårarbetat. Det har inte heller funnits tid att aktivt arbeta med förbättringar för att underlätta arbetet för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Med tanke på att vi är på väg att gå in i ett nytt verksamhetssystem kommer inte heller de stora förändringar som krävs att genomföras.

Det nya systemet som används för signering av delegerade insatser kommer att utvärderas under 2022.

# RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

## Avvikelser

Under hela 2021 har avvikelser som hänt rapporterats i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelsehantering följer de olika stegen i processen; bedöma, utreda, åtgärda och följa upp. Det tillkom i och med förändringen en del parametrar i både händelser och aktiviteter men också i orsaker och åtgärder så att alla dessa följs åt i systemet. Även avvikelser inom IFO rapporteras nu i Treserva. Dessa finns med i sammanställningen men hör ju egentligen inte till de områden som ska redovisas i en patientsäkerhetsberättelse.

De områden och aktiviteter som kan väljas samt vad de olika områdena innehåller redovisas i tabellen nedan. Där finns även uppgifter över antal rapporterade händelser/avvikelser inom varje område. Då utvecklingen från 2020 är intressant i och med den förändring som genomfördes i systemet, är siffrorna från fjolåret inom parentes.

| OMRÅDE | AKTIVITETER | FÖRKLARING |
|---|---|---|
| **Arbetsrutiner**<br>*Under 2021 har 14 (1) avvikelser rapporterats inom området* | Bristande följsamhet till rutiner/riktlinjer<br>Bristande rutiner/ riktlinjer<br>Bristande samarbete/samverkan<br>Brister i basal hygien | Gäller följsamhet till rutiner, riktlinjer och andra beslutande vägledningar som ska tillämpas i uppdraget till patient/ omsorgstagare/klient |
| **Bemötande**<br>*3 (2) rapporterade avvikelser* | Brister i bemötande<br>Brister i självbestämmande<br>Brister i integritet<br>Brister i upplevd delaktighet | Gäller inom alla områden |
| **Dokumentation/ Informationsöverföring**<br>*6 (1) rapporterad avvikelse* | Bristande dokumentation<br>Bristande informationsöverföring<br>Bristande kommunikation<br>Bristande info till enskild/närstående<br>Åtkomst till v-system saknas<br>Förväxling av dokument/information<br>Samtycke saknas<br>Signeringslista felaktigt<br>Signeringslista saknas | Gäller allt som handlar om informationsöverföring och kommunikation internt mellan olika aktörer och externt gällande patient/omsorgstagare/klient<br><br>Gäller brister i dokumentation och överrapportering.<br><br>Gäller dokumentation inom patientjournal samt dokumenta- |

| | | |
|---|---|---|
| | Brister rörande sekretess<br>Bristande dokumentation i vårdplan<br>Bristande ID kontroll/märkning<br>Ej utförd SIP<br>Akt/ journal saknas<br>Genomförandeplan saknas/ bristande<br>Bristande beskrivning av uppdrag | tion inom SoL/LSS i genomförande/ verkställighet |
| **Fall**<br>*151 (129) rapporterade händelser* | Hälsotillstånd hos vårdtagare<br>Förirrat sig<br>Fraktur<br>Skallskada<br>Större sårskada (behov av att sys)<br>Blåmärke eller mindre sårskada<br>Förflyttning med hjälp av personal eller hjälpmedel | Gäller alla fallhändelser |
| **Fysisk miljö, utrustning och teknik**<br>*7 (2) rapporterade händelser* | Brister i behörighetstilldelning<br>Åtkomst till v-system saknas<br>SITHS kort<br>IT-utrustning<br>Telefoni<br>Avfallshantering<br>Trygghetslarm<br>Övriga typer av larm<br>Brister i fysisk miljö<br>Kemikalier<br>Övrig utrustning/teknik | Gäller teknisk utrustning som används specifikt av omsorgstagare eller i verksamheten som i nästa led påverkar omsorgstagare negativt. |
| **Handläggning inom SoL/ LSS**<br>*Inga rapporterade avvikelser* | Ansökan/anmälan inte påbörjad<br>Avsaknad/brist förhandsbedömning<br>Avsaknad/brist skyddsbedömning<br>Avsaknad/brist utredningsplan (barn)<br>Bristande handläggning<br>Frånvaro av insats<br>Utredningen inte avslutad<br>Försenad handläggning<br>Uppdrag är inte skickat till utförare | Gäller handläggning, utredning vid framställan om bistånd enligt SoL, LSS samt vid LVU och LVM |
| **Hjälpmedel/MTP**<br>*7 (6) rapporterade händelser* | Brister/fel på MTP<br>Felaktig användning av MTP<br>Felaktigt underhåll av MTP<br>Utebliven uppföljning av MTP | Gäller händelser där en medicinteknisk produkt (MTP)är inblandad. Gäller både förskrivna hjälpmedel, utrustning och material |
| **Insatser/ vård och omsorg**<br>*10 (18) rapporterade händelser* | Brister i efterlevnad av hygienregler<br>Brister i omvårdnaden<br>Bristande tillsyn<br>Insats felaktigt utförd<br>Insatsen utebliven<br>Försenad insats<br>Undernäring<br>Trycksår<br>Vätskebrist<br>Vårdrelaterad infektion | Gäller alla omvårdnadsinsatser, delegerade och beslutade insatser som patient/omsorgstagare är beviljad |
| **Kost**<br>*4 (0) rapporter* | Felaktig kost<br>Utebliven kost/måltid<br>Övrigt | Gäller även kostservice |
| **Läkemedel** | Utebliven dos | Gäller allting inom läkemedels- |

| | | |
|---|---|---|
| *131 (121) rapporterade händelser* | Fel i DOS<br>Feldelad dosett<br>Läkemedel överdoserat<br>Förväxling av patient<br>Förväxling av läkemedel<br>Injektion<br>Smärtplåster<br>Hanterat läkemedel utan delegering<br>Övrig läkemedelshantering | hantering, inom alla steg, ordination, iordningställande samt administration inkl. delegerade uppgifter |
| **Transporter**<br>*4 (0) rapporter* | Felaktig leverans<br>Försenad leverans<br>Utebliven leverans<br>Felaktig transport med patient/omsorgstagare/klient | Gäller Länsservice transport av hjälpmedel, utrustning och material. Kostservice transporter samt transport av enskild. |
| **Vård, behandling och provtagning**<br>*3 (4) rapporterade händelser* | Bristande följsamhet till ordination/instruktion<br>Felaktig ordination<br>Felaktig provtagning<br>Försenad/utebliven provtagning<br>Felaktigt utförd vård/behandling/rehabilitering<br>Försenad/utebliven vård/behandling/rehabilitering<br>Förväxling | Gäller alla behandlingsinsatser och delegerade insatser som patient är ordinerad |
| **Övergrepp**<br>*Inga rapporter* | Stöld<br>Fysiskt övergrepp<br>Psykiskt övergrepp<br>Sexuellt övergrepp<br>Hot och våld mellan brukare<br>Dödsfall | Gäller övergrepp mot omsorgstagare eller mellan brukare. Inte mot personal |

Av de 340 (292) avvikelse som rapporterats i Treserva hör 108 (133) av dessa till hälso- och sjukvård och 131 (159) till socialtjänst. 4 hör till lagrum LSS. Det finns 115 bedömda avvikelser där lagrum inte är bedömt. De flesta rapporter har handlat om fallolyckor där vissa har utretts vidare med tanke på vårdskada utifrån konsekvenser i varierande grad för den enskilde. Av 131 läkemedelsavvikelser är det 111 som är uteblivna doser. Men det finns några allvarligare händelser som har behövt utredas vidare.

Ingen avvikelse har rapporterats som Lex Maria till IVO.

## Kommentarer

Orsaker är indelade i 5 olika huvudgrupper där det finns olika typer av orsakstyper inom varje område.

| Orsaksområde | Exempel på brister | Antal |
|---|---|---|
| Omgivning och organisation | Arbetsmiljön<br>Arbetsbelastning<br>Stress<br>Tillräckliga resurser | 126 |
| Processer, arbets-rutiner och styrande riktlinjer | Saknas rutiner eller är de bristande<br>Är riskanalyser gjorda och åtgärdade?<br>Följs riktlinjer eller rutiner<br>Överensstämmer riktlinjerna/rutinerna med lagar och före- | 96 |

| | | |
|---|---|---|
| | skrifter<br>Är egenkontroll gjord och åtgärdad | |
| Kommunikation och information | Brister i skriftlig eller muntlig information<br>Brister i överrapportering<br>Brister i dokumentation<br>Är rutiner kända i verksamheten | 12 |
| Utbildning och kompetens | Brister i kompetens och/eller utbildning<br>Brister i utbildning inför nytt moment<br>Brister i introduktionen<br>Är checklistor förståeliga | 6 |
| Teknik, utrustning och apparatur | Är tillgång till utrustning tillräcklig för att utföra arbetsuppgiften<br>Fungerar utrustningen korrekt<br>Är den lämplig? | 8 |

## Analys av orsaksområden

Intressant är att omgivning och organisation är det område där absolut flest antal orsaker återfinns inom. Där handlar det till exempel om hur personalens arbetsmiljö är och om vi har tillräckliga resurser.

När det gäller fallavvikelser så återfinns också många av orsakerna inom området omgivning och organisation och där kan det handla mer om miljön men även om hälsotillståndet hos patienten.

Processer och arbetsrutiner är också ett stort orsaksområde där det är viktigt att analysera vilken typ av rutiner och riktlinjer som är bristande eller som saknas. Om dessa brister inte åtgärdas kommer samma typ av händelse att kunna ske igen.

## Åtgärder

De olika åtgärder som är insatta redovisas i tabellen nedan. Det kan finnas flera åtgärder på varje avvikelse. De åtgärder som sätts in för att förhindra återupprepning av avvikande händelser ska kunna kopplas till de orsaker som uppmärksammats.

Intressant är utifrån orsaker att det är så få åtgärder insatta som handlar om bemanning.

| **Åtgärder** | **Exempel** | **Totalt** |
|---|---|---|
| Arbetsplatsdiskussion | Gäller det hela enheten/verksamheten<br>Förändringar som påverkar hela arbetsplatsen<br>Delaktighet och återkoppling | 148 |
| Teamsamverkan | Hur arbetar teamet för att förhindra att liknande händelser sker igen<br>Behövs specialistkompetens<br>Behövs samverkan mellan enheter/verksamheter | 36 |
| Ändring av rutiner | Arbetsrutiner<br>Riktlinjer | 13 |
| Disciplinåtgärd | Arbetsrättsligt förfarande | 8 |
| Enskilt samtal | | 7 |
| Förändring av lokaler/ | För den enskilde? För personalen? | 7 |

| | | |
|---|---|---|
| miljö | Endast enheten eller är det fler områden berörda | |
| Skickad till annan vårdgivare | Om flera vårdgivare/huvudmän berörs av händelsen | 5 |
| Anmälan till MAS | Allvarlig vårdskada – ska anmälan till IVO göras<br>Finns riktlinjer utfärdade av MAS som behöver revideras<br>Utbildningsinsatser i organisationen<br>Frågor kopplade till ledning och styrning<br>Kvalitetsledningssystemet | 3 |
| Översyn av bemanning | Ändringar, viss tid av dygn, viss del av enhet/verksamhet, viss typ av profession | 2 |
| Medvetandegörandesamtal | Mot personal | 1 |

**Analys av redovisade åtgärder**

Det ska finnas ett samband mellan de orsaker som händelseanalysen har uppmärksammat och de åtgärder som är insatta för att förhindra upprepning av händelsen.

Där är det intressant att det är flest orsaker inom området omgivning och organisation men det är bara 2 avvikelser som har åtgärden översyn av bemanning.

Då det även var relativt många händelser som orsakats av brister i rutiner och riktlinjer borde det finnas fler än 13 avvikelser med åtgärden förändrade rutiner insatta. Arbetsplatsdiskussion är en vanligt insatt åtgärd och det kan tänkas att den åtgärden innefattar fler områden.

Då det ändå kan ses som ett relativt nytt sätt att arbeta och uppföljning av arbetet inte skett under året kan det se annorlunda ut inför nästa år.

## Klagomål och synpunkter

Utifrån de synpunkter som kommit in under året har det framkommit vikten av tydlig ansvarsfördelning inom verksamheterna samt att formerna för samverkansstrukturer behöver förbättras.

## Händelser och vårdskador

Under 2021 gjordes en hel del uppföljningar av de riskbedömningar som genomfördes under 2020 relaterade till personalens arbetsmiljö. Det har tagit ett visst fokus från övrigt kvalitetsarbete. I föregående års patientsäkerhetsberättelse uppmärksammades att arbetet med riskbedömningar och förebyggande åtgärder var i behov av förbättringar samt att teamsamverkan runt patienten behövde struktureras bättre och hela teamets samlade kompetens bättre tas tillvara i det förebyggande arbetet.

I tidigare patientsäkerhetsberättelser har det uppmärksammats att det behövs specifika utbildningsinsatser inom vissa områden såsom demens, nutrition och läkemedelshantering.

## Hälso- och sjukvårdsinsatser

Under 2021 har den kommunala hälso- och sjukvården haft 591 vårdåtaganden fördelat på 294 personer. Av dessa har 53 hört till hemsjukvården och där har 125 vårdåtaganden skett. Alla dessa omfattas av patientsäkerhetsarbetet.

Förutom dessa har även 339 hembesök hos 225 olika personer genomförts under 2021. Dessa hembesök genomförs i enlighet med samverkansavtalet om hemsjukvård men dessa personer hör egentligen inte till den kommunal hälso- och sjukvården utan ligger under Region Norrbottens ansvar. Däremot visar

det på vilket behov av hälso- och sjukvård som finns inom kommunens ansvar.

Uppföljningen i form av en enkät skickades under slutet av 2021 ut till enhetschefer. Enkäten belyser frågor som bland annat handlar om bemanning, kompetens, delegerade insatser, utbildningsbehov och patientsäkerhetsrisker.

Inom vård och omsorgsverksamheten (ÄO, LSS, HSL) finns 186 personer anställda. 64 % är fast anställda. Större delen av de fast anställda (80 %) har adekvat utbildning för sitt uppdrag. Inom vissa områden är det 100 %. Det är exempelvis inom Hälso- och sjukvårdsenheten där det är krav på legitimation för yrkena sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast

## Patientsäkerhetsrisker

De största patientsäkerhetsriskerna återfinns inom områdena läkemedelshantering, samverkan, ansvarsfördelning samt tillgång till medicinsk kompetens.

Både läkemedelsavvikelser och fallolyckor har ökat jämfört med 2020. En särskild uppföljning kommer att genomföras under 2022 med anledning av att det infördes ett system med digital signering under senare delen av 2021. I den kommer även en uppföljning göras över hur arbetet med att delegera arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård görs.

Kompetensförsörjningen är en stor utmaning för hela vård- och omsorgsverksamheten men kanske särskilt inom Hälso- och sjukvårdsenheten. Att det inte finns tillräckliga resurser av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast får konsekvenser i alla led inom omsorgen. När det också börjar vara en brist på utbildade undersköterskor ställer det än högre krav på den legitimerade personalen när det handlar om handledning och utbildning. Det är en stor patientsäkerhetsrisk när det inte finns tillräcklig kompetens på alla nivåer.

## Analys

2021 fortsatte pandemin att ställa till det för hela vård- och omsorgsverksamheten

*Extern samverkan* – under 2021 fortsatte de olika typer av samverkan som byggdes upp under 2020. En del som varit oerhört värdefullt för patientsäkerheten är den samverkan som varje vecka skett med länets MAS, Region Norrbottens enhet för Vårdhygien samt Smittskydd. En stor fördel för oss är att vi har en (1) Hälsocentral att samverka med.

*Basala hygienrutiner* - Det som uppmärksammades rätt tidigt var att vi för att följa alla hygienregler redan tidigare borde haft ett visst lager av bland annat visir. Vi behöver bli bättre på att använda rätt utrustning bland annat vid utbrott av vinterkräksjuka eller säsongsinfluensa. Det är också viktigt att vi säkerställer att vi har ett lager för oförutsedda händelser i framtiden.

*Ansvarsfördelning*- Det har varit otydligt i organisationen vem/vilken funktion som har ansvar för vad. Förväntningarna har i en del fall varit helt orimliga på vissa funktioner. Det behöver tydliggöras i hela organisationen.

*Chefers belastning* – det är viktigt att första linjens chefer får det stöd och support som de behöver för att klara av sitt uppdrag. I en pandemisituation finns så många olika parametrar att ta hänsyn till som kan påverka patientsäkerheten. Cheferna skulle kunna hantera personalens oro och stödja dem till att utföra sitt arbete på rätt sätt. De ska också kunna hantera både de boendes men även anhörigas oro på ett professionellt sätt. Samtidigt ska de säkerställa att

det finns tillräckligt med personal, att personalen har den kompetens som krävs och att de arbetar enligt de föreskrifter och regler som gäller för verksamheten. Det fortsatta arbetet kommer bland annat om att följa upp de brister som uppmärksammades under 2020.

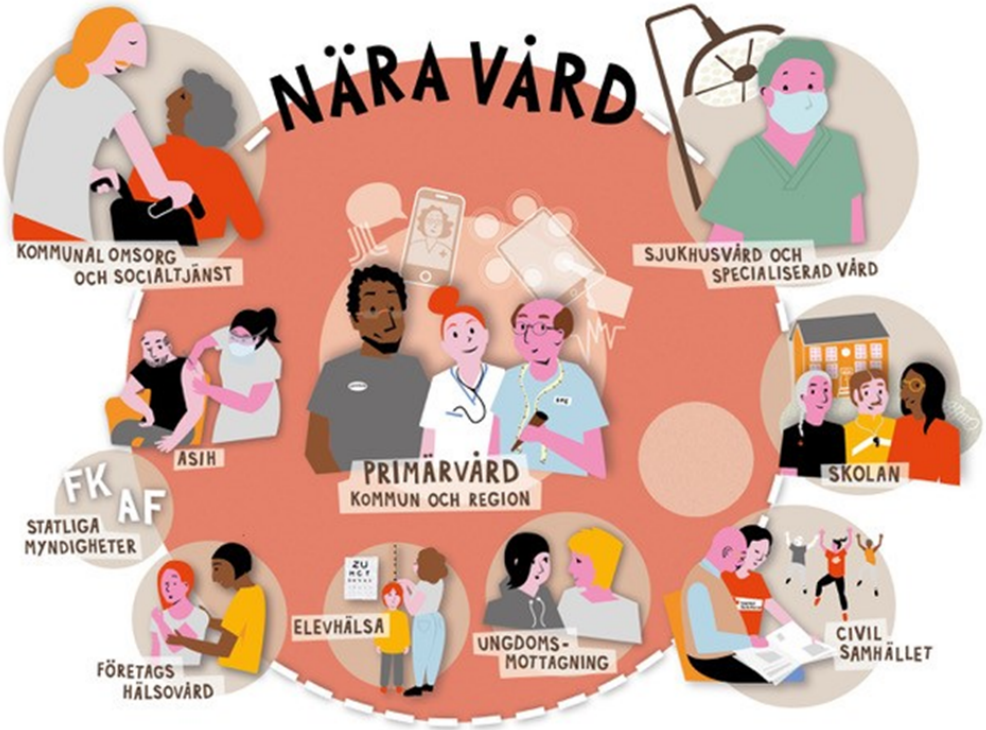
*Tydliga uppdrag* – Under 2020 uppmärksammades en hel del brister när det gäller tydliga direktiv framförallt för hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det är också viktigt att alla vet vilka uppdrag som finns och även att det följs upp om det utförs på rätt sätt. Under 2022 kommer en särskild egenkontroll att genomföras utifrån detta.

*Brister i kompetens* – att det saknas personal med adekvat kompetens för arbetet är en stor risk för patientsäkerheten. Det kan vara svårt att delegera ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter. I vissa fall kanske det behövs stora utbildningsinsatser för att personen ska kunna utföra även grundläggande omvårdnadsarbete. All vård och omsorg ska kunna bedrivas patientsäkert hela dygnet och det betyder att det behöver finnas rätt kompetens även kvällar, nätter och helger. Brister i kompetens kan också betyda att det saknas resurser av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast för att kunna bedriva en god vård.

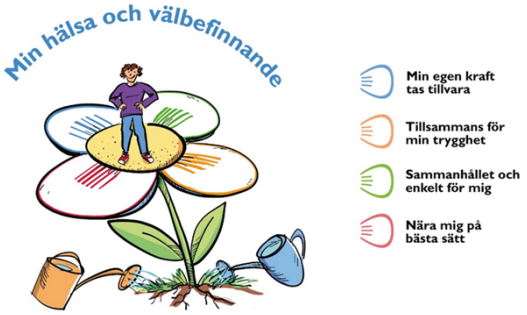
En kontroll på Platsbanken (220223) visar att flest antal annonser finns för sjuksköterska med ca 6200 platser. Men även övriga yrken inom vård och omsorg är behovet stort i Sverige; undersköterska ca 2400 platser, fysioterapeut/sjukgymnast 865 platser och arbetsterapeut 754 platser. Det är därför viktigt att det finns en handlingsplan för strategisk personal och kompetensförsörjning inom våra verksamheter.

# Mål och strategier för kommande år

- Nära vård – en primärvårdsreform med inriktning på en personcentrerad vård nära patienten. Detta kommer inte enbart att påverka den kommunala hälso- och sjukvården utan hela socialtjänstens ansvarsområde. Det finns en bild som beskriver vilka aktörer som kan vara inblandade i begreppet Nära vård




Länets kommuner har tillsammans med Region Norrbotten utformat en gemensam målbild för omställningen till nära vård. Målbilden har utarbetats ur ett medborgarperspektiv och fokuserar på att skapa en god hälsa och välbefinnande för norrbottningen.




Bilden beskriver utifrån medborgaren; mig och mitt liv, att grundlägga goda vanor tidigt i livet och att vara mån om sin hälsa. Välbefinnande handlar om att utföra livsuppgifter under uppväxt, mitt i livet och vid åldrandet. Att alltid utgå från vad som är viktigt i livet för mig och att erbjudas stöd och hjälp för att stärka hälsa.

**Övriga viktiga frågor inför framtiden**

- Kompetensförsörjning. Hur ska vi bedriva en patientsäker vård och omsorg utifrån begränsade resurser? Hur arbeta vidare med frågan att även om pengar finns saknas personer.
- Utredningen om en äldreomsorgslag. Vad kommer det att innebära för den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? Det upp-

draget ska bland annat lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten samt, vid behov, på den kommunala ledningsnivån.

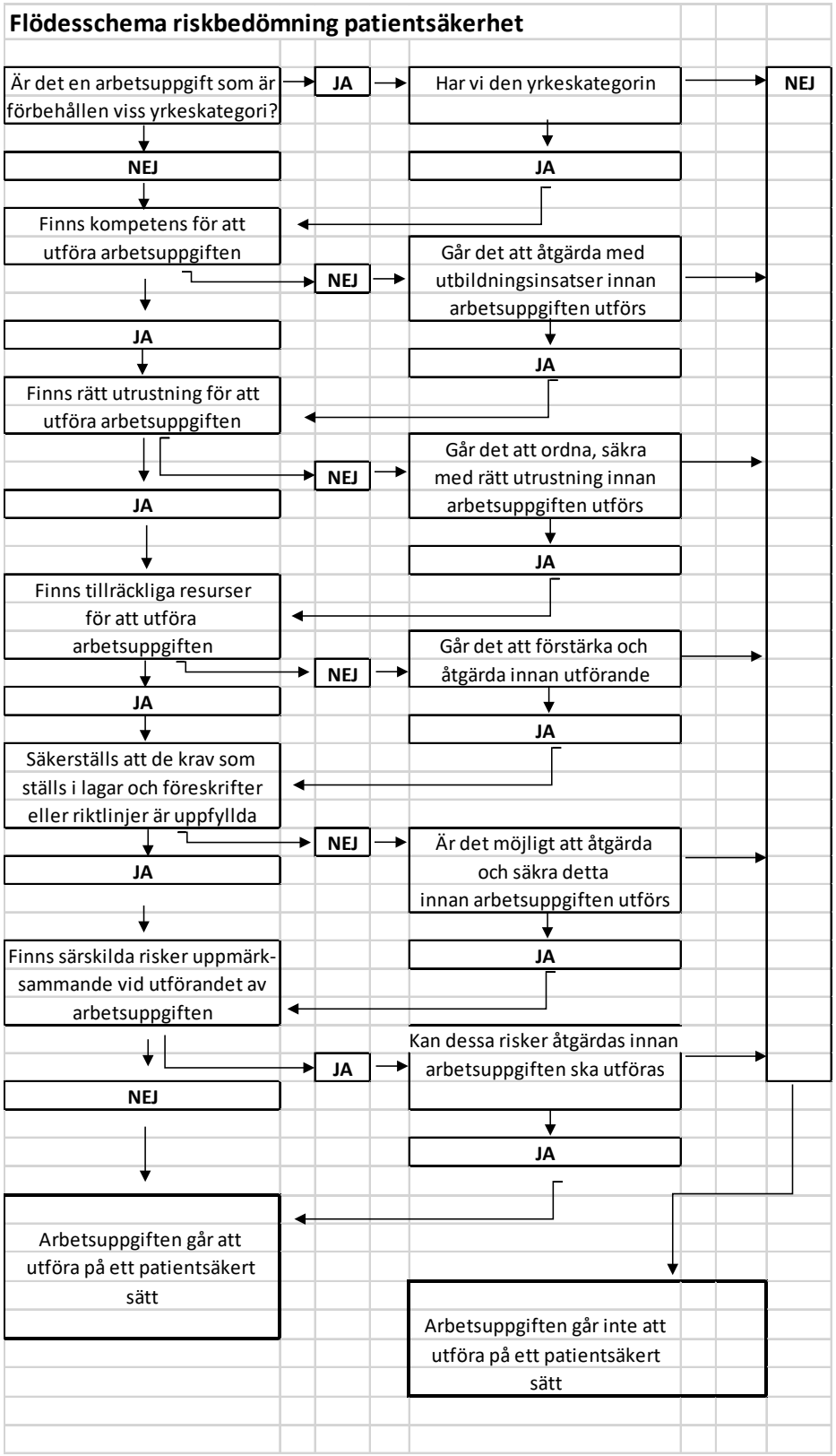
- Välfärdsteknik – digitala lösningar till nytta för patienten.
- Nytt gemensamt verksamhetssystem i länets 14 kommuner. Tillsammans med övriga kommuner har vi gjort en upphandling på ett verksamhetssystem inom vård- och omsorgsverksamheten som omfattar hela socialtjänstens område, hela den kommunala hälso- och sjukvården samt inom hela LSS verksamhet. Detta kommer att kosta både tid och resurser genom att vi ska avsluta det gamla, överföra väsentlig information till det nya samt implementera det nya för alla medarbetare.
- Utvärdering av pandemin. Utifrån patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att ta tillvara de lärdomar som vi gjort utifrån arbetet som pågått i samband med Covid-19
- Införandet av patientsäkerhetsronder och implementera den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet kommer att påbörjas under 2022. I det också ta med ett arbete över vilka målområden ska arbetas vidare med under kommande år när det gäller patientsäkerhet.

*Egenkontrollplan för kommunal hälso- och sjukvård*

| **Egenkontroll** | **Omfattning** | **Källa** |
|---|---|---|
| Journalgranskning/ Dokumentation | 1 gång/ vartannat år | Treserva enligt mall |
| Loggkontroller | 1 gång/ år | Treserva/ NPÖ |
| Basala hygienrutiner och | 2 gånger per år | Egen kontroll enligt mall |

| | | |
|---|---|---|
| klädregler | | |
| Hygienronder | 1 gånger per år | Protokoll |
| HSL - enkät | 1 gång per år | Protokoll |
| Avvikelser | Varje månad, sammanställning 1 gång/år | Avvikelsemodulen i Treserva |
| Trycksår | Varje månad, sammanställning 1 gång/ år | Treserva, Senior alert |
| Läkemedelshanteringen | 1 gång/vartannat år | Extern granskning, protokoll |
| Riskbedömningar (fall, nutrition, trycksår) | 1 gång/ år | Treserva, Senior alert |
| Tvångsåtgärder för dementa | 1 gång/ år | Treserva, HSL - enkät |
| Palliativa registret | 1 gång/år | Palliativa registret |
| Delegeringar | 1 gång/år | Treserva enligt mall<br>HSL enkät |
| Antal inskrivna i hemsjukvård | 1 gång/ år | Sammanställning för länet av Norrbottens kommuner |
| Antal Lex Maria<br>Inkl. antal vårdskadeutredningar samt anmälan till IVO | 1 gång/ år | MAS<br>Treserva |
| Antal Lex Sarah<br>Antal anmälan till IVO | 1 gång/år | MAS |
| Patientens klagomål och synpunkter | 1 gånger per år | Patientnämnden, IVO, Treserva |

*Patientsäkerhetsbedömningsmatris*


Flödesschema riskbedömning patientsäkerhet
Är det en arbetsuppgift som är förbehållen viss yrkeskategori?
JA
Har vi den yrkeskategorin
NEJ
NEJ
JA
Finns kompetens för att utföra arbetsuppgiften
NEJ
Går det att åtgärda med utbildningsinsatser innan arbetsuppgiften utförs
JA
JA
Finns rätt utrustning för att utföra arbetsuppgiften
NEJ
Går det att ordna, säkra med rätt utrustning innan arbetsuppgiften utförs
JA
JA
Finns tillräckliga resurser för att utföra arbetsuppgiften
NEJ
Går det att förstärka och åtgärda innan utförande
JA
JA
Säkerställs att de krav som ställs i lagar och föreskrifter eller riktlinjer är uppfyllda
NEJ
Är det möjligt att åtgärda och säkra detta innan arbetsuppgiften utförs
JA
JA
Finns särskilda risker uppmärksammande vid utförandet av arbetsuppgiften
JA
Kan dessa risker åtgärdas innan arbetsuppgiften ska utföras
NEJ
JA
Arbetsuppgiften går att utföra på ett patientsäkert sätt
Arbetsuppgiften går inte att utföra på ett patientsäkert sätt