

Handläggare  
Karina Bodin

Datum  
2015-05-21

Diarienummer  
ALN-2015-0111.37

Äldrenämnden

## Patientsäkerhetsberättelse 2014

### Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

**att** godkänna Patientsäkerhetsberättelsen 2014 samt lägga den till handlingarna, och  
**att** besluta om övergripande mål och strategier för 2015.

### Ärendet

Under året har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat fram en vision som innebär att arbeta för jämlik patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att stärka den vårdetiska grunden.

Övergripande mål för 2014 var att:

- underlätta trendgranskning och rapportering av patientsäkerhet för båda nämndernas utförare så att målområden skulle kunna identifieras och följas upp
- medverka till att patientens delaktighet i vård och behandling skulle beaktas
- möjliggöra att läkemedelshanteringen skulle ske på ett patientsäkert sätt och kunna följas upp för att minimera risken för allvarliga händelser och vårdskador
- genom riktlinjer säkerställa att patienterna skulle få god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning
- att medborgare, patient och närstående informerades om var de skulle vända sig för att framföra synpunkter och klagomål både lokalt och centralt

### Mål och strategier för 2015

1. Att patientjournalen får en struktur som är användarvänlig och patientsäker.
2. Utskrivningsprocessen från slutenvården ska vara på samma villkor oavsett om det är från somatisk eller psykiatrisk slutenvård.
3. Genom riktlinjer och arbetssätt säkerställa att patienterna får god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning.
4. Tydliggöra skillnader och hemsjukvårdens ansvar avseende allmän och specialiserad vård.

5. Analysera och rapportera statistik samt trender avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser till berörda nämnder två gånger per år. Detta sker under tertial tre och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl  
Tf. Direktör

---

Diarienummer: ALN-2015-0111

OSN-2015-0217

SCN-2015-0176



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-04-24 Avdelningen för medicinskt vårdansvar

---

---

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
Mål och strategier för 2015	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Riskanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter	14
Sammanställning och analys	14
Samverkan med patienter och närstående	16
Resultat	16
Mål och strategier för 2015	18

---

## Sammanfattning

Under 2014 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat fram en vision som innebär att arbeta för jämlik patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att stärka den vårdetiska grunden. Dock har arbetet visat att det till följd av en fragmentiserad vård finns ett flertal faktorer som försvårar arbetet för att uppnå jämlik vård.

Kvalitetsarbete har bedrivits i syfte att förbättra:

- Styrning av hälso- och sjukvården med riktlinjer, mallar och blanketter för specifika kvalitetsområden och ändamål
- Samverkan inom hälso- och sjukvården internt och externt i olika forum
- Kännedom om ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdens område
- Patientens delaktighet i vård och behandling
- Avvikelsehanteringen
- Journalhanteringen
- Informationen på hemsidan om hur patienter och närstående kan klaga på vården

## Mål och strategier för 2015

1. Att patientjournalen får en struktur som är användarvänlig och patientsäker.
2. Utskrivningsprocessen från slutenvården ska vara på samma villkor oavsett om det är från somatisk eller psykiatrisk slutenvård.
3. Genom riktlinjer och arbetssätt säkerställa att patienterna får god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning.
4. Tydliggöra skillnader och hemsjukvårdens ansvar avseende allmän och specialiserad vård.
5. Analysera och rapportera statistik samt trender avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser till berörda nämnder två gånger per år. Detta sker under tertial tre och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

---

## Övergripande mål och strategier

Övergripande mål för 2014 var att:

- underlätta trendgranskning och rapportering av patientsäkerhet för båda nämndernas utförare så att målområden skulle kunna identifieras och följas upp
- medverka till att patientens delaktighet i vård och behandling skulle beaktas
- möjliggöra att läkemedelshanteringen skulle ske på ett patientsäkert sätt och kunna följas upp för att minimera risken för allvarliga händelser och vårdskador
- genom riktlinjer säkerställa att patienterna skulle få god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning
- att medborgare, patient och närstående informerades om var de skulle vända sig för att framföra synpunkter och klagomål både lokalt och centralt

Under året har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat fram en vision som innebär att arbeta för jämlik patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att stärka den vårdetiska grunden.

### Nationella satsningar

MAS har under 2014 initierat att utförarna skulle delta i Folkhälsomyndighetens nationella mätning, Svenska HALT 2014, som baserades på tidigare genomförda europeiska mätningar av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Kommunstyrelsen

Ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer.

### Äldrenämnden (ÄLN) och Nämnden för hälsa och omsorg (NHO)

Nämnderna har i avtal med utförare beslutat hur hälso- och sjukvården skall bedrivas och organiseras med hänsyn till lokala behov och förutsättningar. Kraven är att verksamheten ska bedrivas med god kvalitet och att hög patientsäkerhet ska tillgodoses i vården. Nämnderna har beslutat vilka verksamheter som hålls samman under medicinskt ansvariga. 2014 var första året som Uppsala kommun haft centralt placerade medicinskt ansvariga i beställarorganisationen.

NHO ansvarade under 2014 för hälso- och sjukvård för personer vid gruppboendestäder, boenden inom socialpsykiatri, boendestöd, personlig assistans och HVB-hem (hem för vård och boende). Vid HVB-hem åvilar hälso- och sjukvårdsansvaret landstinget eftersom det är specialist-

---

vård men tillfälligt avtal finns. ÄLN ansvarade för hälso- och sjukvård inom särskilt boende för äldre, hemvård och vårdplaneringsteam med tillhörande rehabiliteringsteam.

Medicinskt ansvariga genomförde i början av 2014 en enkätundersökning som visade att mer än 80 procent av alla personer med socialtjänstinsatser även erhöll hälso- och sjukvård. Inom NHOs ansvarsområde fanns ca 1400 patienter och inom ÄLN ca 4700 patienter.

**Medicinskt ansvariga** har en central roll för hälso- och sjukvårdens kvalitet, utveckling och säkerhetsarbete samt ansvarar för att informera ansvariga nämnder vid allvarliga händelser i form av Lex Maria och interna utredningar.

**Verksamhetschefen** har det samlade, övergripande ansvaret för att verksamhetens hälso- och sjukvård tillgodoser hög patientsäkerhet och att ett aktivt kvalitetsarbete bedrivs. Verksamhetschefen ska samverka med medicinskt ansvariga kring patientsäkerhetsfrågor.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

I det övergripande styrdokumentet för hälso- och sjukvård har kvalitetsområden fastställts. Utifrån dessa har medicinskt ansvariga arbetat fram sju riktlinjer som fastställts av ansvariga nämnder.

Information och återkoppling av systematiskt kvalitetsarbete från medicinskt ansvariga, har skett via:

- utförmöten
- informationsmöten med verksamhetschefer och legitimerad personal
- temadagar
- nyhetsbrev (12 stycken under 2014)
- träffar med enskilda verksamheter
- uppföljning genom egenkontroll

### **Avvikelsehantering**

Avvikelse är ett tecken på att ett aktivt kvalitetsarbete och förbättringsarbete pågår. Medicinskt ansvariga har uppmärksammat att kulturen för avvikelserapportering skiljer sig avseende antal och typ av avvikelse. Bland äldrenämndens utförare är avvikelsekulturen mer inarbetad. I avvikelsehanteringsprocessen bedöms om händelsen inneburit en risk, ett tillbud eller en skada (*se diagram 1*). Med risk menas att en negativ händelse kan inträffa. Med tillbud avses en händelse som hade kunnat medföra en vårdskada. Skada innebär lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården.

Under tertial tre skrevs 3806 avvikelser i Flexite varav 221 rapporterades av NHOs utförare. Avvikelserna har fördelningen enligt följande:

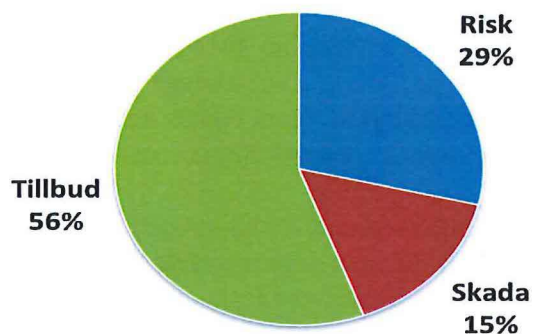


Diagram 1. Kategorisering av avvikelser, tertial 3 2014

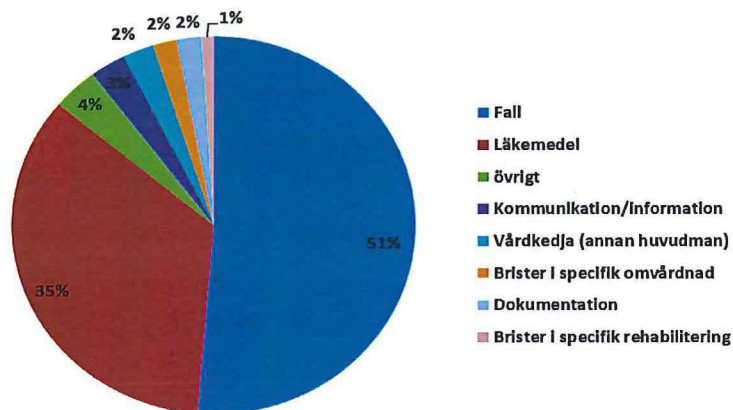


Diagram 2. Fördelning, typ av avvikelser tertial 3 2014.

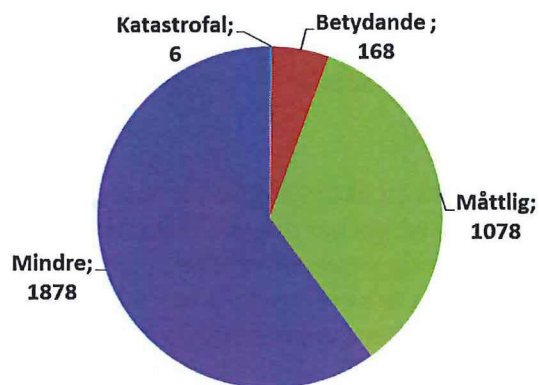


Diagram 3. Fördelning av allvarlighetsgrad, tertial 3 2014.

Vid registrering anges typ av avvikelse utifrån olika övergripande nivåer (se diagram 2).



Händelsen bedöms av legitimerad personal utifrån allvarlighetsgrad (se diagram 3) och graderas enligt följande:

**Mindre (1)** Obehag, obetydlig skada eller ingen skada (ex. feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fall utan skada)

**Måttlig (2)** Övergående funktionsnedsättning, tillfälligt högre vård/omsorgsnivå (ex. utebliven dos ingen effekt på patienten. Feldosering. Har inte följt rutin, dock ingen konsekvens patienten. Fallolycka med måttlig skada (ingen fraktur).

**Betydande (3)** Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning, kirurgiskt ingrepp krävs, bestående högre vård/omsorgsnivå. (ex. missade läkemedel som insulin, warfarin eller smärtstillande narkotiskt preparat. Förväxling av doser/patienter. Vårdrelaterad infektion, fallolycka med större skada ex fraktur).

**Katastrofal (4)** Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning, självmord, åtgärd/behandling på fel patient (ex slagit i huvudet och avlider senare av frakturen/skadan).

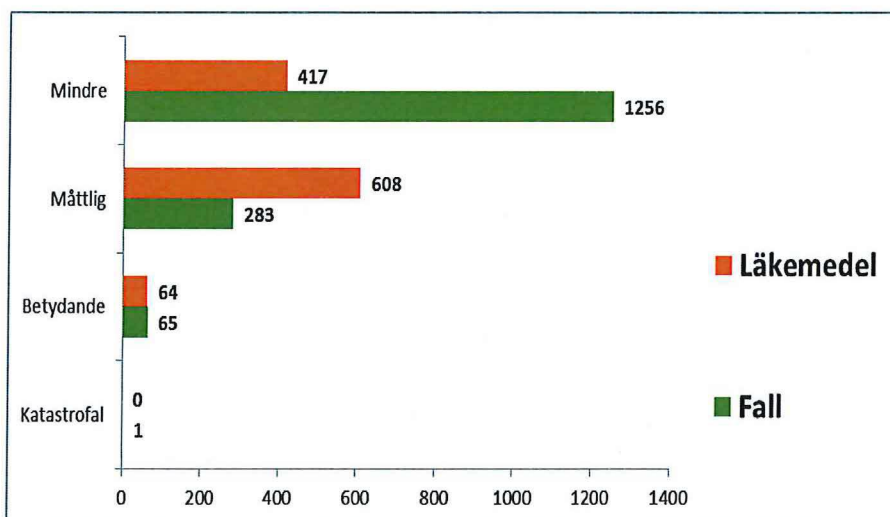


Diagram 4. Fördelning allvarlighetsgrad inom läkemedel och fall, tertial 3 2014.

Avvikelser med allvarlighetsgrad betydande och katastrofal styrs med automatik till medicinskt ansvariga för bedömning och eventuellt fördjupad utredning. Av avvikelser med hög allvarlighetsgrad fördelade sig övervägande delen inom läkemedel respektive fall. Avseende självmord och självmordsförsök finns behov av att förtydliga hur avvikelserna ska graderas.

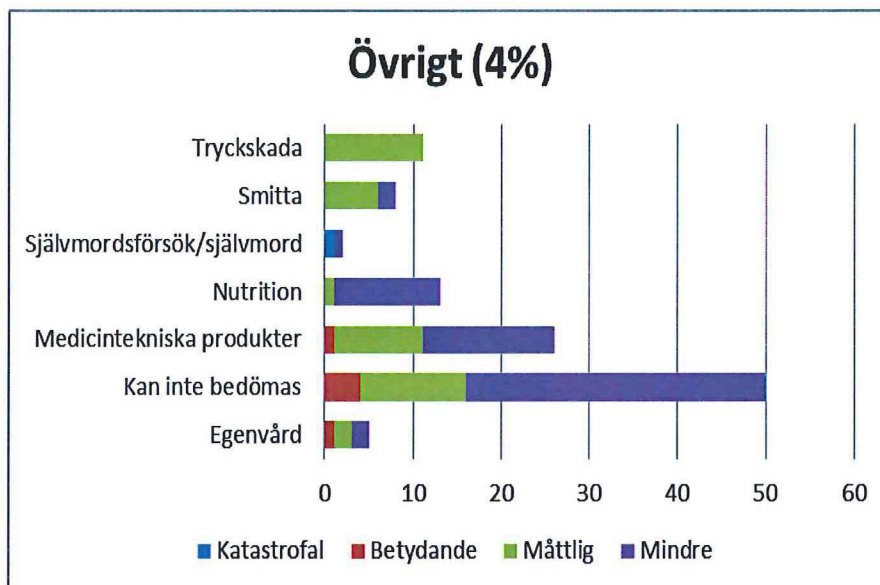


Diagram 5. Fördelning av avvikelser under kategori övrigt, tertial 3 2014.

Av diagram fem framgår avvikelser som är mindre vanligt förekommande. Kategorin *kan inte bedömas* behöver analyseras för att identifiera om någon typ av avvikelsekategori saknas i systemet.

### Vårdkedjeavvikelser

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/landsting) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring och läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvården.

### Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Alla verksamheter har besökts under året. Former för besöket har varit möten med legitimerad personal och verksamhetschefer i samband med kvalitetsuppföljning, tillsynsbesök, händelseanalys och/eller informationmöten av olika karaktär.

### Rehabilitering och habilitering

MAR har genom länsövergripande riktlinjearbete för rehabilitering, löpande kontakter med verksamhetschefer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter samt temadagar arbetat för rehabilitering på lika villkor och att stärka patientens delaktighet.

Temadagarnas syfte var att skapa grund för samsyn kring Uppsala kommuns rehabilitering oavsett målgrupp eller utförare. Samtliga arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och verksamhetschefer bjöds in och delgavs vad MAR identifierat under första året. Därefter gavs möjlighet till gemensam reflektion kring hur rehabilitering ska bedrivas för att vara patientsäker, jämlik, effektiv, kunskapsbaserad, mål-

---

fokuserad, ändamålsenlig och i rimlig tid.

### **Nationell patientöversikt (NPÖ)**

Riktlinje för NPÖ har skapats men systemet har inte tagits i bruk under året med anledning av att det funnits oklarheter i hanteringen både lokalt och nationellt.

### **Läkemedelshantering**

I riktlinjen för läkemedelshantering anges vilka rutiner som behöver vara gemensamma för alla utförare så att hanteringen av signeringslistor, ordinationshandlingar och kvalitetsuppföljning på organisatorisk och individuell nivå sker på liknande sätt.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen styrs genom avtal om vad som upphandlats av respektive företag. Medicinskt ansvariga har deltagit i kvalitetsgranskningar hos flera utförare inom hemvård och särskilt boende samt genomfört egen granskning i förekommande fall.

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har omfattande stölder ur förråd och från enskilda patienter påvisats i olika verksamheter. Till följd av att det råder brist på spårbarhet gällande vem som varit i läkemedelsförrådet har det inte gått att identifiera specifik/a person/er. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Arbetet med säkerheten kommer att fortgå under 2015.

### **Delegering av medicinska arbetsuppgifter**

I riktlinjen för delegering har medicinskt ansvariga angett vilka gemensamma blanketter och rutiner som behöver implementeras hos utförarna för att kvalitet och patientsäkerhet skall säkerställas.

### **Informationshantering och journalföring**

Medicinskt ansvariga har identifierat stora risker med verksamhetssystemet Siebels patientjournal och gjort en anmälan enligt Lex Maria. Bristande användarvänlighet gör det svårt att föra journal i den omfattning som föreskrivs i författningar och riktlinjer. Den bristande överskådligheten av journalens struktur leder till att varje utförare skapat egna rutiner för hantering. Detta utgör en stor patientsäkerhetsrisk.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har begärt in redogörelse för vilka förbättringsåtgärder som ska vidtas. Förbättringsåtgärder har delats in i akuta respektive långsiktiga och förväntas genomföras under 2015. Under året har totalt 75 personer genomgått grundutbildning i journalsystemet Siebel, utöver detta har utbildningar genomförts internt hos utförarna. Vid stickprovskontroller av journalföringen som genomförts av medicinskt ansvariga har stora variationer gällande kvalitét visats.

---

### **Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal**

Under året har en riktlinje för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal implementerats. Medicinskt ansvariga har vid träffar med legitimerad personal påtalat vikten av att sjuksköterskans bedömning sker enligt SBAR<sup>1</sup> vilket inkluderar att bedöma patientens allmäntillstånd samt samråda med patient, närstående och medarbetare.

Utförarnas rutiner för kontakt med legitimerad personal har granskats vid kvalitetsuppföljning/tillsynsbesök i syfte att säkerställa jämlika förutsättningar för kontakt.

### **God vårdhygienisk standard**

Medicinskt ansvariga har i riktlinjen för god vårdhygienisk standard anvisat om egenkontroller och nivån på introduktion inom området. Infektionsregistrering där bland annat förekomst av resistenta bakterier, virusutbrott och antibiotikabehandlade infektioner mäts, har implementerats och påbörjades kvartal fyra 2014.

Länets medicinskt ansvariga har haft regelbundna träffar med enheten för vårdhygien två gånger per termin. Syftet var att kvalitetsförbättra den vårdhygieniska standarden inom kommunal hälso- och sjukvård och identifiera behov av hygienåtgärder i verksamheterna.

Två Lex Maria anmälningar har gjorts med anledning av att spridning förekommit mellan personal och patienter av en bakteriestam som är motståndskraftig mot penicillin, orsaken var att de basala hygienrutinerna inte följts.

Våren 2014 genomfördes en mätning (Svenska HALT) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende för äldre och gruppboendestäder. I mätningen deltog 53 kommuner i Sverige. I Uppsala kommun deltog 18 särskilda boenden inom ÄLN:s ansvarsområde omfattande 682 personer varav 4,5 % var antibiotikabehandlade vid mättillfället. Inom NHO:s ansvarsområde deltog 64 gruppboendestäder omfattande 283 personer varav 1,5 % var antibiotikabehandlade vid mättillfället.

### **Anmälningar enligt Lex Maria**

Medicinskt ansvariga har under året gjort 13 anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Utredning har föregåtts av inkommen avvikelser från verksamheten eller klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående. Medicinskt ansvariga har bistått nämnden med yttrande till IVO utifrån patientsäkerhetslagen vid fem tillfällen till följd av att IVO fått in klagomål.

---

<sup>1</sup> SBAR = Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation.

## Kvalitetsregister

### Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat en avlidne person besvarar ett trettital frågor. Målet är att få en överblick av vilka kvalitetsområden som behöver förbättras i vården vid livets slut.

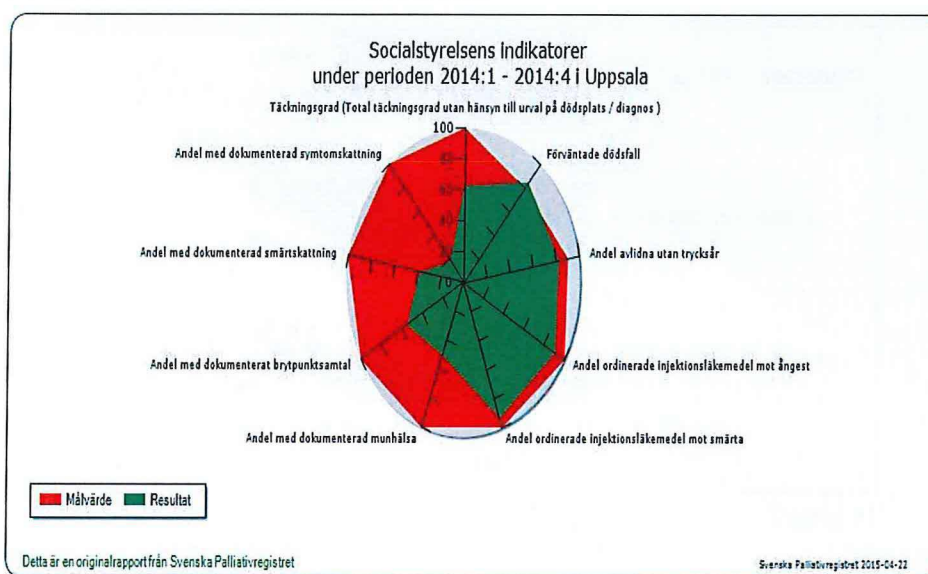


Diagram 6. Socialstyrelsens indikatorer

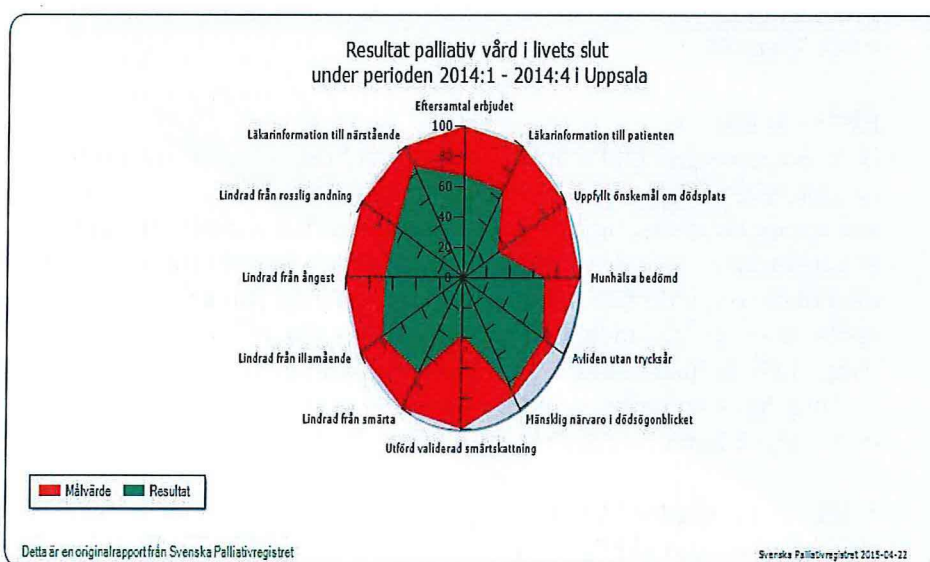


Diagram 7 Utfall genomförda registreringar i svenska palliativregistret.

Totalt har 62 % av de som avlidit registrerats. I diagram 6 och 7 visas rött område som målvärde och grönt visar uppnått resultat inom kvalitetsområden i svenska palliativregistret.

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för personer inom hälso- och sjukvård. Det som registreras är risk för fall, trycksår, onormal nedgång i vikt och ohälsa i munnen.

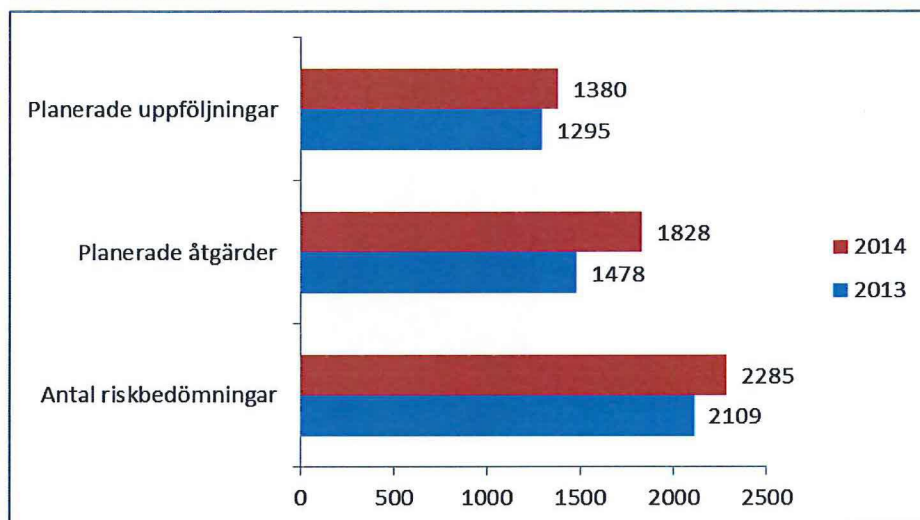


Diagram 8. Antal registreringar hemvård och särskilda boenden

I diagram åtta framgår att av de planerade åtgärderna har 25 % registrerats som utförda. Antal dagar från riskbedömning till uppföljning var i genomsnitt 210. Andel riskbedömningar som inkluderar munhälsa, ROAG, var 60,9 %.

### BPSD- registret

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar ett stort antal av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Förkomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret kan vara ett stöd i denna process.

Under 2013 gjordes 217 skattningar i registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Under 2014 har en ökning till 258 skattningar skett.

---

### **Munhälsa**

Det har inte genomförts någon munvårdsutbildning under 2014 för personal i hemvården. Vid särskilt boende har 369 personal erhållit grundläggande utbildning och 193 uppföljande utbildning. Utbildning erbjuds kostnadsfritt av landstinget och det är varje enskild verksamhetschefs ansvar att ta kontakt och boka tid för utbildning. Detta är ett förbättringsområde.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Medicinskt ansvariga har under året besökt samtliga verksamheter för att skapa dialog gällande patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med landstinget och regionförbundet har skett i en rad olika forum. Medicinskt ansvariga har varit delaktiga i länsövergripande kvalitetsarbeten så som utarbetanden av riktlinjer/vårdprogram/underlag avseende fast vårdkontakt, rehabilitering/habilitering, palliativ vård, inkontinens och demens. Medicinskt ansvariga har även uppdrag i processgruppen för in- och utskrivning, läkemedelskommittén, styrgruppen för smittskydd respektive strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) samt diabetesråd. Samverkan sker också genom patientsäkerhetsgruppen som består av länets medicinskt ansvariga och landstingets anmälningsansvariga chefsläkare samt patientnämnden. Information och återkoppling inom patientsäkerhetsområdet sker genom bl.a. risk- och händelseanalyser vid avvikelser.

MAR har vid flera tillfällen fått kännedom om att det förekommit bristfälliga överrapporteringar avseende rehabilitering vid utskrivning från slutenvården. Efter en överenskommelse i patientsäkerhetsgruppen genomfördes en mätning som visade att det förekommit cirka 80 icke patientsäkra överrapporteringar från slutenvården till kommunen under en månad.

### **Risikanalys**

Medicinskt ansvariga har uppmärksammat att riskanalyser inte är ett implementerat arbetssätt i samband med komplex vård och behandling. Arbetet att implementera riskanalyser har startat under året vilket är speciellt viktigt vid komplexa vårdssituationer där flera vårdgivare med flera professioner kan vara involverade. Riskanalys ska göras inför förändringar inom en verksamhet och även på befintliga processer i en organisation som bedöms innehålla många risker. Exempel på tillfällen då riskanalys ska genomföras är; komplex vård och behandling, inför förskrivning/användande av skyddsåtgärder, organisationsförändringar och vid upplevelser av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld.

---

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

För att främja personalens rapporteringsskyldighet har ett webbaserat system för avvikelshantering (Flexite) införts i samverkan med kommunens IT-enhet. Av de totalt cirka 770 legitimerade personal och chefer som finns har 650 genomgått utbildning i systemet. Instruktionsfilmer har tagits fram för att underlätta användandet av avvikelshanteringssystemet.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

Under året har information om hur medborgare, patienter och närstående kan klaga på vården publicerats på Uppsala kommuns hemsida i enlighet med Socialstyrelsens anvisning.

## **Sammanställning och analys**

### **Fragmenterad hälso- och sjukvård**

För att uppnå en jämlik och patientsäker hälso- och sjukvård måste kravställandet på utförarna harmoniseras. Medicinskt ansvariga har under sitt första år identifierat att det föreligger skillnader mellan utförare i vilken omfattning legitimerad personal anställts och därmed tillgången. I vissa fall har legitimerad personal varit i tjänst men befunnit sig på annan ort. Att legitimerad personal ses som konsulter i verksamheten innebär betydande risker för patientsäkerheten vilket också framgått av avvikelser som inkommit. Förskjutning av ansvar skiljer sig åt avseende hur bemanningen är dimensionerad och hur samverkan sker mellan chefer, legitimerad personal och omsorgspersonal.

Det föreligger skillnader avseende hur sjuksköterska jourtid organiserats. I de fall utföraren anställer en underleverantör som jour har verksamhetschef fortfarande ansvaret för hur hälso- och sjukvården utförs. Medicinskt ansvariga har vid avvikelser identifierat att underleverantörer inte haft kunskap om styrande dokument och vilket regelverk som styr hälso- och sjukvården vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

En förutsättning för undvikbar slutenvård, det vill säga att personer inte ska hänvisas till akutmottagningen för tillstånd som kan behandlas i hemmet, är att legitimerad personal finns i tillräcklig omfattning för att genomföra en klinisk bedömning.

Orsaker som identifierats kunna bidra till ojämlig vård är att:

- personer med psykisk och fysisk ohälsa behandlas olika
- utskrivningsprocesser och informationsöverföring sker på olika sätt för olika målgrupper
- förutsättningarna för att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård är olika till följd av bristande bemanning av legitimerad personal



- 
- synen på vilka som kan erhålla hemsjukvård och hjälpmedel skiljer sig åt inom både beställar- och utförarorganisationer
  - implementering och kännedom om landstingets och kommunernas gemensamma samverkansdokument har varit olika
  - kunskapsnivån hos legitimerad personal skiljer sig åt
  - olika ersättningsmodeller för samma ansvar
  - olika organisatoriska förutsättningar trots samma ansvar
  - Socialstyrelsens standardiserade termer och begrepp används inte i tillräcklig omfattning vilket leder till missförstånd om vad som avses vid kommunikation både internt och externt

### **Kvalitetsområden**

Förbättringsarbete behövs inom en rad av de kvalitetsområden som anges i *Övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun*, bland annat:

#### *Patientjournal*

Medicinskt ansvarigas lex Maria anmälan av journalsystemet Siebel ledde till start av ett förbättringsarbete avseende patientsäkerheten vilket påbörjades i projektform hösten 2014. Mycket arbete återstår för att patientjournalen ska bli användarvänlig och säker. Utöver användarvänlighet i systemet behövs förtydligande av rutiner samt utbildningsinsatser för legitimerad personal.

#### *Hälso- och sjukvårdens processer*

Hälso- och sjukvårdsprocesserna är otydliga till följd av att det inte finns något ledningssystem för ändamålet. En processkartläggning startade i slutet av året för att identifiera hälso- och sjukvårdens och medicinskt ansvarigas kärnprocesser i beställarorganisationen. Arbetet är viktigt för att skapa tydlighet gentemot berörda nämnder, ledning, utförare samt externa samverkansparter. Eftersom hälso- och sjukvården är fragmentiserad så är det ytterst viktigt att det framgår vilka som har ansvar för de olika delprocesserna och att jämlik vård beaktas i varje process.

#### *Icke farmakologisk behandling*

Icke farmakologisk behandling är ett område som behöver utvecklas inom samtliga verksamheter. Det finns ett behov av att i större omfattning arbeta med metoder som inte är farmakologiska då det exempelvis gäller orostillstånd, smärta, sömnproblem och förebyggande av förstoppning.

#### *Kliniskt arbete*

Eftersom det är olika nivåer på vilken erfarenhet och utbildning legitimerad personal har behövs en standard för vad framför allt sjuksköterskor ska kunna utföra inom hem- sjukvård och vid särskilda boen-

---

den. De arbetsuppgifter som är kommunens ansvar enligt samverkansdokumentet *Medicinska arbetsuppgifter i kommunal hälso- och sjukvård* utgör ett riktmärke för detta. Varje verksamhetschef ansvarar för att identifiera utbildningsbehov hos sina medarbetare.

### *Rehabilitering*

I syfte att uppnå systematisk kvalitetsutveckling behöver mätbara mål och egenkontroll inom arbetsterapi och fysioterapi förstärkas.

### **Samverkan med patienter och närstående**

Patient och närstående erbjuds att vara delaktiga i samband med utredningar och återkopplingar görs löpande under pågående process. Under året har frekvensen av kontakter från patienter och närstående ökat vilket kan tyda på förbättrat informationsflöde.

### **Resultat**

#### **Standardmallar**

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har skapat en mall för patientsäkerhetsberättelsen och denna har använts av samtliga utförare. Medicinskt ansvariga har utarbetat en vägledning utifrån SKLs mall för patientsäkerhetsberättelse som har använts av alla utförare.

En viktig grund för kvalitets- och förbättringsarbete är avvikelshanteringsarbete. Ett nytt webbaserat system, Flexite, togs i bruk under september 2014. Systemet ger verksamhetscheferna likvärdig möjlighet att få kontroll över kvalitén i avvikelshanteringsprocessens olika steg. Systemet är uppbyggt så att varje steg i avvikelshanteringsprocessen beaktas och att teamarbete främjas.

Mall för riskanalys för specifika ändamål har utarbetats. Arbetet med att initiera och följa upp riskbedömningar har påbörjats och arbetet fortgår under 2015. Under året har också en strukturerad mall för uppföljning av kvalitetsområden och tillsyn utarbetats för att skapa förutsättningar för jämförelse.

#### **Kvalitetsregister**

Medicinskt ansvariga har uppmärksammat att kvalitetsregistren används i olika omfattning. Systematiken i arbetet med kvalitetsregister behöver förbättras i många fall. Identifierade riskområden och behov av/vidtagna åtgärder ska framgå i patientjournalen.

#### **Patientens delaktighet**

I de riktlinjer som framtagits av medicinskt ansvariga har kvalitetsmål angivits. Av riktlinjerna framgår också vikten av patientens delaktighet i vård och behandling. Riktlinjerna gäller för samtliga utförare som arbetar på uppdrag av Uppsala kommuns ansvariga nämnder för att säker-

---

ställa att patienten ska få god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning.

Den journalgranskningsmall som utarbetats, implementerats och tagits i bruk under fjärde kvartalet 2014 ökar möjligheten till att granska i vilken omfattning patientens delaktighet dokumenterats. Verksamhetschef ansvarar för att egenkontrollen utförs.

### **Egenvård**

Medicinskt ansvariga har uppmärksammat att begreppet egenvård inte varit känt och har under året arbetat för detta implementeras och dokumenteras i journal enligt länsövergripande rutin.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

Det är svårt att följa statistik avseende i vilken omfattning SIP används då begreppet förväxlas med andra former av vårdplaneringar där samordning mellan huvudmännen sker. Medicinskt ansvariga har vid informationsmöten med legitimerad personal kontinuerligt implementerat begreppet och när SIP kan användas.

### **Fysisk aktivitet på recept (FaR)**

FaR har implementerats i kommunen i samarbete mellan strategiska avdelningen och medicinskt ansvariga. Arbetet kommer att fortgå och utvärderas även under 2015.

### **Läkemedelshantering**

För att möjliggöra att läkemedelshanteringen sker på ett patientsäkert sätt har en mall för riskanalys vid komplex läkemedelsbehandling utarbetats. Medicinskt ansvariga betonar i riktlinjen för läkemedelshantering betydelsen av sjuksköterskans uppföljningsansvar. Den gemensamma avvikelshantering (Flexite) har synliggjort riskområden inom området läkemedelshantering så som förväxling och utebliven dos. Vid granskning av avvikelser framgår att risken för förväxling av läkemedel ökar då förvaring inte sker i den enskildes bostad utan i exempelvis läkemedelsvagn. Vid förvaring vid den enskildes bostad är risken istället större att dosering uteblir. Förväxling av individers läkemedel utgör dock en större risk för allvarliga konsekvenser.

### **Utbildning**

I samverkan med landstinget och regionförbundet har utbildningar erbjudits avseende bland annat psykisk ohälsa, hjärtsvikt, palliativ vård, trycksår och smärta. Intresset har varit stort från Uppsala kommuns utförare. Möjligheten för hälso- och sjukvårdspersonalen att hospitera inom slutenvården har uppskattats.

---

## Riktlinjer

Åtta nya riktlinjer varav ett övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun har fastställts av nämnderna och implementerats hos verksamhetschefer. De nya riktlinjerna gäller för samtliga utförare och har succesivt ersatt deras tidigare riktlinjer och rutiner.

## Information

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att informera om hur man klagar på vården. På Uppsala kommuns hemsida finns nu en samlad information till patienter, närstående och medborgare om hur det går till att klaga på vården. Informationen omfattar vilka som ansvarar för hantering av klagomål på vården i kommunen, patientnämndens funktion samt möjligheten att som privatperson anmäla händelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## Mål och strategier för 2015

1. Att patientjournalen får en struktur som är användarvänlig och patientsäker.
  - skapa rutiner så att legitimerad personal dokumenterar på ett likartat sätt vilket även stärker interprofessionell samverkan
  - utveckla frastextmallar för att standardisera dokumentationen
  - skapa ett nytt sökordsträd som baseras på internationell standard och nationellt fackspråk
  - verka för att sammanhållen journalföring implementeras
2. Utskrivningsprocessen från slutenvården ska vara på samma villkor oavsett om det är från somatisk eller psykiatrisk slutenvård.
  - skapa och implementeras lokala riktlinjer och rutiner för utskrivningsprocessen
  - arbeta för att rehabiliteringsprocessen beaktas vid utskrivningen
3. Genom riktlinjer och arbetssätt säkerställa att patienterna får god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning.
  - identifiera behov av utbildning för legitimerad personal
  - verka för att Socialstyrelsens standardiserade termer och begrepp används
  - implementera kommunikations- och informationsstrukturen SBAR
  - att de tre ansvariga nämnderna informeras av medicinskt ansvariga på likvärdigt sätt
  - verka för minskad fragmentisering och effektivare resursutnyttjande av legitimerad personal

- 
4. Tydliggöra skillnader och hemsjukvårdens ansvar avseende allmän och specialiserad vård.
    - fortsätta med implementering av länsgemensamma samverkansdokument, vård i samverkan (ViS)
  5. Analysera och rapportera statistik samt trender avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser till berörda nämnder två gånger per år. Detta sker under tertial tre och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

