



RAPPORT

# Socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2023

**Fastställt av** socialnämnden  
**Framtagen av** socialförvaltningen  
**Datum** 2024-03-21  
**Gäller**  
**Ärendenr** SON 2024/35  
**Version** [1.0]

## Socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2023

## Innehåll

<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Övergripande mål och strategier</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Organisation och ansvar</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	<b>6</b>
3.1. Samverkan med andra förvaltningar .....	7
3.1.1 Överenskommelser .....	7
3.1.2 Hjälpmedelssamverkan .....	7
3.1.3 Samverkan på enhetsnivå .....	7
3.1.4 Samverkan MAS med nyckelfunktioner inom patientsäkerhet HSF .....	7
3.1.5 Samverkan förebygga fallskador .....	7
3.2 Samverkan inom förvaltningen .....	7
3.2.1 HSL-forum .....	7
3.2.2 Branschråd .....	7
3.2.3 HSL-råd .....	8
<b>4. Adekvat kunskap och kompetens</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Patienter och närståendes delaktighet</b> .....	<b>8</b>
<b>6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	<b>8</b>
<b>7. Synpunkter i form av klagomål, beröm och förbättringsförslag</b> .....	<b>9</b>
<b>8. Egenkontroll</b> .....	<b>9</b>
<b>9. Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	<b>10</b>
9. 1. Planerade och utförda åtgärder under 2023 .....	10
9.1.1 Införande av Hälsoärende i Treserva .....	10
9.1.2 Utveckla förebyggande arbete med Senior Alert .....	10
9.1.3 Fortsatt arbete för att minska smittspridning av Covid-19 .....	10
9.1.4 Ordinationsrätt av vaccin för sjuksköterskor .....	11
9.1.5 God vård vid demenssjukdom .....	11
9.1.6 Läkemedelsautomater .....	11
<b>10. Riskanalys</b> .....	<b>11</b>
<b>11. Utredning av händelser – allvarliga vårdskador</b> .....	<b>11</b>
<b>12 Informationssäkerhet</b> .....	<b>11</b>
12.1. Digital journalföring .....	12
12.2 Loggkontroller .....	12
12.3 Arkivering av journalhandlingar .....	12
<b>13 Resultat och analys</b> .....	<b>12</b>
13.1 Egenkontroll .....	12
13.1.1 Trycksår .....	12
13.1.3 Fölsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) .....	13
13.1.3 .....	14
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel .....	14
13.1.4 Läkemedelshantering .....	14
13.1.5 Läkemedelsgenomgångar .....	14
13.1.6 Olämpliga läkemedel för äldre .....	15

13.1.7 Journalgranskning HSL.....	15
13.1.8 Livsmedelshantering och temperatur.....	16
13.1.9 Adekvat kunskap och kompetens.....	16
13.2 Avvikelser.....	16
13.3 Lex Maria – allvarlig vårdskada.....	17
13.4 Riskanalys - förebyggande arbete Senior alert.....	18
13.5 Vård i livets slut.....	19
13.6 Vård vid demenssjukdom- BPSD registret.....	19
<b>13 Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>20</b>
13.1Kompetens –och resursförsörjning.....	21
13.2 Heltäckande journalföring och patientsäker dokumentation.....	21
13.3 Följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler.....	21
13.4 Patientsäker och spårbar läkemedelshantering.....	21
13.5 Läkemedelsgenomgångar och olämpliga läkemedel för äldre.....	22
13.6 Utveckla förebyggande arbete Senior alert.....	22
13.7 Förebygga Trycksår.....	22
13.8 Palliativ vård.....	22
13.9 God vård vid demenssjukdom.....	22
13.10 Förbättra följsamhet och delaktighet i kvalitetsregister.....	23

## Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren varje år innan den första mars skriva en patientsäkerhetsberättelse. 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 §

## Sammanfattning

En grundläggande förutsättning för patientsäkerhet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Dessutom ska patienter och anhöriga ges möjlighet att vara delaktiga i planering och utförande av vårdinsatser.

Arbetet med att minska smittspridning av Covid-19 fortsatte så klart under hela 2023, där utbildning för ordinationsrätt av vaccin för sjuksköterskor för att skapa en snabbare hantering av vaccineringsen av Covid-19 har varit en framgångsrik åtgärd. Parallellt med detta har man fortsatt arbeta med att öka följsamheten av basala hygienrutiner som tyvärr fortsatt ligger på allt för låg nivå, trots att det ensamt är den viktigaste åtgärden för att minska och förebygga smittspridning både när det gäller Covid-19 men även övriga luftvägsinfektioner, säsongsinfluensa, RS-virus och Calicivirus/vinterkräksjukan. Resultaten från 2023 visar tydligt att det är ett prioriterat område att fortsätta arbeta med.

I verksamheterna har man utfört egenkontroller inom tex trycksår, läkemedelshantering, journalgranskning, livsmedelshantering samt uppföljning av riskfaktorer i Senior Alert.

Vid uppföljning av vårdavvikelser är det även i år till allra största delen läkemedelsrelaterade avvikelser så som ej given dos, ej signerad dos, ej uppdaterade läkemedelslistor osv.

Läkemedelshantering är även det ett prioriterat fokusområde inför kommande år. Det är av yttersta vikt att läkemedel hanteras korrekt och kvalitetssäkrat med en tydlig spårbarhet i hanteringen.

Målet för 2023 var att öka antal registrerade riskbedömningar inom samtliga områden och verksamheter i syfte att säkerställa systematik i det förebyggande arbetet. Vid uppföljning ser vi dock en fortsatt låg delaktighet i Senior Alert. Det är ett skakrav inom Socialförvaltningen att verksamheterna deltar i de för verksamheten aktuella kvalitetsregister. Liksom Senior Alert är Palliativregistret och BPSD-registret nationella kvalitetsregister som är bra arbetsverktyg för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Men de är även register som visar den kvalitet och patientsäkerhet vi har i ett nationellt perspektiv.

Patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt pågående arbete som hela tiden kan förbättras. För att lyckas i arbetet behöver verksamheter och enheter vara involverade och samtlig personal delaktig. Mål och strategier för kommande år presenteras på ett övergripande plan, hur man sedan kommer jobba med det i verksamheterna behöver respektive verksamhet vara delaktig i.

## 1. Övergripande mål och strategier

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso – och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att vårdskador uppstår samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska dessutom ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Socialförvaltningens verksamheters insatser ska vara av god kvalitet och utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Verksamheternas kvalitet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Arbetet ska ske i enighet med Hälso – och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Patientlagen, Patientsäkerhetslagen (PSL) samt övriga lagar och förordningar som berör verksamheten.

Vård och omsorg ska utformas utifrån den enskilde individens behov och önskemål.

## 2. Organisation och ansvar

**Socialdirektören** har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, att utse verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna. MAS ansvarar för sammanställning och analys av vårdavvikelse, anmälningar enligt lex Maria och den förvaltningsövergripande patientsäkerhetsberättelsen. MAS är även en stödfunktion till verksamheterna och enheterna i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

**Verksamhetschef** enligt HSL ansvarar för patientsäkerhet och att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Vidare ska verksamhetschefen löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

Samtliga privata verksamheter har utsedda verksamhetschefer enligt HSL.

**Enhetschef** ansvarar för att bryta ned målen till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare. Enhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschef ska även löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och

avvikelser. Enhetschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten.

**Sjuksköterskan** är enligt sin profession omvårdnadsansvarig och har ett ansvar att leda och fördela omvårdnadsarbetet samt att handleda omvårdnadspersonalen i omvårdnad. Sjuksköterskan ansvarar för bedömning, planering och utförande av omvårdnad och medicinska insatser i samråd med läkare. Sjuksköterskan ansvarar för vårdplanering och utförande av vårdplaner och hälsoärenden, vid behov i samråd med sjukgymnast och arbetsterapeut.

Sjuksköterskan ansvarar också för läkemedelshantering och delegering till omvårdnadspersonalen.

Sjuksköterskan ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därigenom bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner.

Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team.

**Arbetsterapeut och sjukgymnast** ansvarar inom respektive profession för att tillgodose det stöd och hjälp som den enskilde patienten behöver. De ansvarar för att handleda och utbilda personal i förflyttningstekning, fallprevention samt handhavande av medicintekniska produkter. Arbetsterapeut och sjukgymnast ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därigenom bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner.

Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team.

**Omvårdnadspersonalen** ska följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso – och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner.

Omvårdnadspersonal som har delegering att utföra vissa hälso – och sjukvårdsuppgifter ska vara väl förtrogen med de riktlinjer och rutiner som rör respektive arbetsuppgift samt vara väl insatt i innebörden av delegering.

Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team.

**Läkarinsatserna** sker enligt överenskommelse med primärvårdens läkare. De olika vårdcentralerna ansvarar för en eller flera verksamheter och enheter. Rond sker regelbundet på enheterna och däremellan finns kontaktmöjlighet per telefon och skrivna meddelanden i journalsystemet mellan sjuksköterskorna och läkarna. Vid behov ska även läkarna göra besök i verksamheterna mellan ordinarie rond.

**Stödfunktioner** inom patientsäkerhetsarbetet är förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning, MAS, Hälso- och sjukvårdsförvaltningens Chefläkare samt Smittskydd/Vårdhygien, BPSD-teamet, STRAMA-gruppen (samverkan mot antibiotikaresistens), Kliniskt träningscenter (KTC), praktisk läkemedelshantering (LÄPO) och Patientnämnden (PAN).

Sedan början av 2023 har vi inte längre någon hygiensköterska inom SOF. MAS har ett bra samarbete och nära kommunikation med enheterna Smittskydd/Vårdhygien inom HSF bland annat med utbildningar för hygienombuden och uppföljning av basala hygienrutiner och övrigt rutinarbete gällande såväl vårdhygien som smittskydd.

### 3. Samverkan för att förebygga vårdskador

#### 3.1. Samverkan med andra förvaltningar

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv sker samverkan på förvaltningsnivå framför allt med Hälsa -och sjukvårdsförvaltningen.

Det finns en samverkansledning och samverkansforum inom barn och unga och samverkansforum inom vuxna och äldre. Utifrån gemensamma ärenden, frågeställningar, förändrade behov och förutsättningar med mera bildas arbetsgrupper.

##### 3.1.1 Överenskommelser

Överenskommelser finns inom specifika områden där patienter direkt eller indirekt berörs och ett samarbete mellan olika förvaltningar och utförare krävs för att säkra patientsäkerhet och kvalitet.

##### 3.1.2 Hjälpmedelssamverkan

Hjälpmedelsfrågor behandlas återkommande i Regionens samverkansgrupp för hjälpmedelsfrågor, kallad Hjälpmedelssamverkan.

##### 3.1.3 Samverkan på enhetsnivå

På verksamhetsnivå/enhetsnivå samverkar enheterna med Hälsa -och sjukvårdsförvaltningen genom primärvården, Visby lasarett och deras öppenvårdsmottagningar, Palliativa teamet, och sjukhusapoteket.

##### 3.1.4 Samverkan MAS med nyckelfunktioner inom patientsäkerhet HSF

MAS har bra samarbete med Hälsa -och sjukvårdsförvaltningens chefsläkare för patientsäkerhet. Gällande läkemedelsfrågor, sker samarbete med apotekare, klinisk farmaceut och läkarrepresentanter från läkemedelskommittén. MAS ingår även i STRAMA som är samverkan mot antibiotikaresistens. Samarbete pågår även med HSF urologterapeut samt ansvariga för kliniskt träningscentrum på Visby lasarett och tandhygienister i uppsökande tandvård.

##### 3.1.5 Samverkan förebygga fallskador

I syfte att öka kunskapen om hur fallskador kan förebyggas arrangeras årligen kampanjen *Trill int ikull*. Kampanjen är sedan flera år en samverkan inom regionen och riktar sig till såväl medborgare som medarbetare inom vård och omsorg. Kampanjen har en egen sida "Undvik fallolyckor - Trill int ikull" på [gotland.se](http://gotland.se).

I samband med 2023 års kampanj delade Socialförvaltningen ut broddar till personer över 56 år. En mycket uppskattad insats.

#### 3.2 Samverkan inom förvaltningen

##### 3.2.1 HSL-forum

Inom Socialförvaltningen samverkar hälso- och sjukvårdsenheterna genom HSL-forum med MAS.

##### 3.2.2 Branschråd

Förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning håller tillsammans med myndighetsavdelningen två gånger per år branschråd för respektive verksamhetsområde.

Där bjuds verksamhetschefer och enhetschefer från samtliga enheter; både egen regi och privata utförare in.

På branschråden presenteras bland annat resultat från analysveckan, styrkor och identifierade utvecklingsområden i verksamheterna samt annan gemensam information från Socialförvaltningen.

### **3.2.3 HSL-råd**

MAS och utvecklingsledare med fokusområde rehabilitering bjuder två gånger per år in till HSL-råd för all legitimerad personal, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i både egen och privat regi inom förvaltningen.

Dessa möten är ett tillfälle för kunskaps –och erfarenhetsutbyte och där aktuella ämnen och olika teman lyfts i utbildnings –och fortbildningssyfte.

## **4. 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 på ett patientsäkert sätt.

I samband med anställning ska den nyanställda få en individuellt anpassad introduktion utifrån tidigare erfarenhet och kompetens.

I verksamheterna finns övergripande kompetensutvecklingsplan och för varje enskild personal ska det också finnas en individuell kompetensutvecklingsplan som tas fram i dialog mellan medarbetare och chef.

Genom olika satsningar som tex Äldreomsorgslyftet sker utbildning av omvårdnadspersonal inom vård och omsorg.

Sjuksköterskorna har möjlighet att delegera hälso –och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Delegeringsbeslut är personliga och får inte delegeras vidare. MAS bär det yttersta ansvaret för att delegeringar sker på ett säkert och korrekt sätt. Exempel på arbetsuppgift som kan delegeras är läkemedelshantering, det vill säga att administrera och överlämna läkemedel. Delegering av läkemedel föregås alltid av en webbaserad utbildning i läkemedelshantering och ett kunskapstest.

## **5. Patienter och närståendes delaktighet**

Planering och utförande av insatser ska alltid ske i samråd med den enskilde. Samtliga verksamheter ska ge patient och närstående möjlighet att vara delaktig i den vård som ges. Detta innebär bl.a. delaktighet i upprättande av genomförandeplan och vårdplaner.

I verksamheterna bjuder man regelbundet in patienter och närstående till möte för att ge dem möjlighet att framföra sina åsikter men också för att informera om det som är aktuellt inom verksamheten och vid behov samhället. Inom hemsjukvården sker denna kontakt framför allt i samband med planeringsmöte i hemmet.

Kontaktpersonen har en viktig roll som en länk mellan patienten och vårdgivaren.

Dessutom har patienterna alltid en ansvarig sjuksköterska som kontinuerligt informerar patienten och närstående om förändringar i patientens hälsotillstånd och som medverkar till läkarkontakt om patient eller närstående så önskar.



## 6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Det innebär bland annat att de ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada till vårdgivaren. Lagen säger också att inkomna klagomål och synpunkter från patient eller närstående ska tas tillvara och utgöra underlag för identifiering av vårdskador, tillbud eller risker.

Det finns tydlig MAS-regel samt rutiner för hur detta ska göras och samtliga personalgrupper i vården ska följa rutinen att rapportera risker och händelser som medför eller riskerar att medföra fysisk och/eller psykisk skada eller sjukdom för patienter. Vid nyanställningar ges information om skyldigheten och vikten av att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Information om rapporteringsskyldigheten återkommer i verksamheterna kontinuerligt. Ett viktigt steg i patientsäkerheten är att utreda, åtgärda och förebygga att det händer igen samt följa upp avvikelserna och återkoppla detta till personalen.

Rapportering sker i verksamheternas olika avvikelssystem. Personal kan också rapportera till närmaste chef som kan vara behjälplig vid dokumentation och registrering av avvikelser, och direkt till annan överordnad, om avvikelserna innefattar närmaste chef. Rapporten ställs till ansvarig chef som ansvarar för att verksamhetschef blir informerad.

Syftet med avvikelserapporteringen är att upptäcka och identifiera risker för vårdskada för att därigenom vidta åtgärder för att minimera risken för att det sker vårdskada.

## 7. Synpunkter i form av klagomål, beröm och förbättringsförslag

Synpunkter så som klagomål, beröm och förbättringsförslag, kan komma från brukare, anhöriga, personal eller myndigheter (tex Socialstyrelsen) och föreningar, organisationer och andra intressenter. Klagomål och synpunkter ska hanteras utifrån Region Gotlands Riktlinjer för synpunktshantering. Inkomna handlingar till Region Gotland registreras i ärendehanteringssystemet W3D3 och ett meddelande går ut till avsändaren att ärendet är mottaget. Svar på synpunkterna kommer att ges av ansvarig chef i ärendet. Ansvarig enhetschef kontaktar sedan vederbörande eller skriver ett svar på den inkomna handlingen inom två veckor. Enhetschef samtalar med boende och anhöriga och stämmer av och återkopplar. Inkomna synpunkter och klagomål sammanställs för året och utvalda förbättringsområden förs över i avdelningens aktivitetsplan.

Verksamheter i enskild regi har olika struktur och system för att ta emot klagomål och synpunkter. Dessa system och verksamheternas analyser, följs upp på kvalitetsuppföljningar, av förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning Om klagomålet eller händelsen är av allvarigare art, skall MAS informeras och involveras i eventuella åtgärder. Ärendet registreras då i W3D3.

Patienter och anhöriga har också en möjlighet att framföra synpunkter och klagomål på hälso –och sjukvården via Patientnämnden (PAN) som då skickar ärendet med eventuell begäran om återkoppling via W3D3.

## 8. Egenkontroll

Som en del i patientsäkerhetsarbetet ska alla verksamheter och enheter systematiskt genomföra egenkontroller. De vanligast förekommande egenkontrollerna som genomförts i såväl egen som privat regi under 2023 är likt tidigare år

- Trycksår
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Kontroll av läkemedelshantering generellt och hantering av narkotikaklassade läkemedel specifikt
- Journalgranskning HSL
- Livsmedelshantering och temperatur kontroller
- Senior Alert inkl uppföljning av riskfaktorer

## 9. Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten

### 9. 1. Planerade och utförda åtgärder under 2023

#### 9.1.1 Införande av Hälsoärende i Treserva

Hälsoärende är ett dokumentationsstöd för legitimerad personal i verksamhetssystemet Treserva och infördes i maj 2022 med fortsatt arbete, implementering och utveckling under 2023. Syftet var att nå en patientsäker dokumentation med möjlighet att skicka omvårdnadsåtgärder via systemet till omvårdnadspersonalen.

Utbildning har under våren 2023 genomförts för samtlig legitimerad personal inom både egen och privat regi.

#### 9.1.2 Utveckla förebyggande arbete med Senior Alert.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Genom Senior alert kan man sedan följa upp vidtagna förebyggande åtgärder utifrån genomförda riskbedömningar på ett strukturerat sätt.

Målet för 2023 var att öka antal registrerade riskbedömningar inom samtliga områden och verksamheter i syfte att säkerställa systematik i det förebyggande arbetet.

Utbildningssatsningar och uppföljningar i kombination med utvecklade rutiner för teambaserad riskbedömning, åtgärdsplanering och uppföljning ska finnas i samtliga verksamheter. Dessutom skulle MAS-regel tas fram för användandet av Senior Alert inom bostad med särskild service (LSS)

Vid uppföljning ser vi dock en fortsatt låg delaktighet i Senior Alert. Angivna orsaker till detta är bland annat att systemet inte är kompatibelt med det journalsystem som används vilket innebär dubbeldokumentation då riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar även måste dokumenteras i journalen. Synpunkter på brister i systemets användarvänlighet har även lyfts fram. MAS-regel har inte tagits fram för LSS verksamheter.

#### 9.1.3 Fortsatt arbete för att minska smittspridning av Covid-19

Under 2023 ställde Covid-19 pandemin fortsatt krav på systematiskt arbete för att förhindra smittspridning. Målet var att brukare inom Socialförvaltningens verksamheter

inte skulle infekteras av Covid-19. I de fall smittspridning skedde skulle den begränsas. Dessutom var målet att även medarbetare i stor utsträckning skulle vaccinera sig. Strategin var att följa rekommendationer från smittskydd och vårdhygien. Att så snabbt som möjligt identifiera symtom hos brukare och vid konstaterad infektion, i samverkan med smittskydd och vårdhygien vidta gällande rutiner och rekommendationer. Fortsatt vaccinering enligt Folkhälsomyndighetens direktiv genomfördes. Även stor del av personalen har vaccinerat sig vilket också har subventionerats av både SOF och HSF. Rutiner och rekommendationer följs och förekomst och smittspridning har minskat under hela 2023 även om det fortsatt ibland är en tillfällig ökning av smittspridning och insjuknande i samhället.

#### **9.1.4 Ordinationsrätt av vaccin för sjuksköterskor**

För att skapa en snabbare hantering av vaccineringen av Covid-19, har man under 2023 utbildat sjuksköterskor för att ge dem ordinationsrätt. Efter en webbaserad utbildning samt genomgång av journalsystemet Take Cares ordinationsmodul har sjuksköterskor fått rätt att ordinera vaccin. Utbildningarna har haft väldigt goda resultat och kommer fortgå under 2024.

#### **9.1.5 God vård vid demenssjukdom**

Målet för 2023 var att verksamheter som möter personer med demenssjukdom ska arbeta enligt BPSD-registret och att dessa personer erhåller individuella omvårdnadsåtgärder i syfte att minska graden av symtom och öka livskvaliteten. Det har skett en utveckling av arbetet med BPSD-registret inom SÄBO, hemtjänsten, korttidsboende och dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Socialförvaltningen erbjuder BPSD-utbildning och generell tvådagars demensutbildning för medarbetare i socialförvaltningens verksamheter. Under 2023 har 141 medarbetare genomgått två dagars demensutbildning och 40 medarbetare har genomgått BPSD-utbildning.

Utbildningarna är vid utvärdering mycket uppskattade av medarbetarna och flertalet enhetschefer som har skickat medarbetare på utbildning beskriver att de är nöjda och att verksamheten får ta del av kunskapen genom sina medarbetare som återger en del på personalmöten samt fungerar som ett stöd i bemötande hos personer med demenssjukdom.

#### **9.1.6 Läkemedelsautomater**

Arbetet med ett breddinförande av läkemedelsautomater har fortgått under 2023 med gott resultat.

## **10. Riskanalys**

Strukturerade och kontinuerliga riskbedömningar är väldigt viktigt för att undvika och förebygga vårdskador. Verksamheterna genomför riskanalyser inför förändringar i den fysiska, psykiska och organisatoriska miljön. Riskanalyser görs också vid inflyttning eller förändringar i beteendet hos patienten samt systematiskt i Senior alert.

## **11. Utredning av händelser – allvarliga vårdskador**

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är

bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslagen, 2010:659, 1 kap. §5)

Samtlig personal ska ha kunskap att identifiera och uppmärksamma risker och avvikelser och om möjligt direkt åtgärda. Samtlig personal har också ett ansvar att rapportera risker och avvikelser.

När en patient fått eller riskerat att få en allvarlig vårdskada ska MAS kontaktas för en gemensam utredning. Efter utredning fattar MAS beslut om en lex Maria anmäla skall göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## 12 Informationssäkerhet

### 12.1. Digital journalföring

Den digitala hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker i verksamhetssystemet Treserva. Där dokumenterar legitimerad personal; sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i patientens journal. Även omvårdnadspersonal med delegering dokumenterar sina hälso- och sjukvårdsinsatser där.

### 12.2 Loggkontroller

Enligt lag får endast den som deltar i vården av en patient ha tillgång till patientens journal. För att upptäcka om personalen läser journaler de inte behöver läsa för sin yrkesutövning, genomför systemförvaltaren under året, återkommande loggkontroller med slumpvisa urval. Loggkontrollerna sker vid två tillfällen, det första under mars-april månad och den andra september-november månad. Vid varje tillfälle har det slumpvist valts 3 dagar och 5 personer per dag, totalt 15 personer. Man har då kontrollerat att personen deltagit i vården av patienten. Eventuellt missbruk rapporteras till ansvarig chef för vidare hantering.

Två gånger per år sker en behörighetskontroll av användare av systemet. En lista sänds till närmsta chef med de användare som finns i systemet. Chefen ska godkänna fortsatt behörighet eller avsluta/justera om behov finns.

### 12.3 Arkivering av journalhandlingar

Förvaltningens arkiv ska senast en månad efter att en patient avlidit, emottagit rensade och kompletta hälso- och sjukvårdsdokumentationen, enligt rutin.

## 13 Resultat och analys

### 13.1 Egenkontroll

Redovisning av egenkontroller gjorda i verksamheterna samt övriga resultat med analyser.

#### 13.1.1 Trycksår

Resultaten från den nationella punktprevalensmätning av trycksår som skedde i november visar att andel trycksår ökat sedan föregående år. Senior Alert som utför punktprevalensmätningen har gjort en del förändringar sedan senaste mätningen. Bland annat att det tillkommit två kategorier av trycksår (icke klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) samt att urvalskriterierna har ändrats. Dessa ändringar bör tas i beaktning när man granskar resultaten. Andelen trycksår i särskilt boende är högre än föregående år och är högre än riket. Hemsjukvården är högre än riket och har fortsatt ökat något mot föregående år. Korttidsenheten har 0% i år vilket kan betyda att de inte hade

någon med trycksår när mätningen genomfördes eller att de föll ur på grund av de förändrade urvalskriterierna.

Verksamhet	Andel trycksår 2020	Andel trycksår 2021	Andel trycksår 2022	Andel trycksår 2023	Andel trycksår riket 2023
Särskilt boende	11 %	10 %	8%	12%	6,4%
Korttidsenhet	8 %	0%	6%	0%	9,0%
Hemsjukvård	10 %	9 %	10%	12%	5,4%

Analys av resultaten visar att Gotland har en lägre andel av de mest allvarliga såren jämfört med riket men högre i den tredje kategorin. Fler än hälften av de registrerade trycksåren (55 procent) är så kallade kategori 1, det vill säga en hudrodnad till följd av tryck. Till skillnad från tidigare år har två kategorier lagts till.

Kategori (1-4)	Andel Gotland 2021	Andel Gotland 2022	Andel Gotland 2023	Andel Riket 2023
1	56%	54%	55%	46%
2	22%	29%	27%	29%
3	18%	13%	17%	14%
4	4%	4%	0%	9%
Icke klassificerbart trycksår	-	-	1%	2%
Misstänkt djup hudskada	-	-	0%	0%

1. Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.
2. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
3. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår ned till men inte genom fascian.
- 4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

### 13.1.3 Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Frågor gällande vårdhygien inom Socialförvaltningen hanteras av MAS i nära samarbete med Hälsa -och sjukvårdsförvaltningens Vårdhygien och Smittskydd. Sedan Socialförvaltningen inte längre har en egen hygiensköterska anställd ansvarar Hälsa -och sjukvårdsförvaltningens Vårdhygien och Smittskydd för rutiner gällande både vårdhygien och smittskydd och målet är att de ska vara förvaltningsövergripande för både Socialförvaltningen och Hälsa -och sjukvårdsförvaltningen.










Vårdhygien ansvarar även för utbildning av hygienombuden och det görs i samarbete med MAS.

Inom Socialförvaltningen ska samtliga medarbetare i vårdtagarnära arbete göra Socialstyrelsens webbutbildning i basala hygienrutiner 1 gång per år.

Enligt MAS-regel ska verksamheterna även göra en årlig vårdhygienisk egenkontroll som är framtagen av Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH).

Deltagarfrekvensen har varierat under årets mätningar, högst antal deltagande enheter har det varit i mätningarna vecka 11-12 och vecka 37-41. Tabellen nedan, visar resultatet av 2023 års nationella mätning, att jämföra med motsvarande mätning 2022 samt den regionala som gjordes under samma period och den mätning som gjordes i september/oktober 2023. Pilarna visar resultatets utveckling i jämförelse med 2022 års resultat vid samma tidpunkter. Årets resultat kan vi inte vara nöjda med.

Den regionala mätningen v 11-12 visar något bättre resultat vilket kan förklaras med att den bygger på självskattning som vanligtvis visar något bättre resultat än observation av andra.

Resultat PPM-BHK	2022 v. 11-12 Nationell	2023 v. 11-12 Nationell	2023 v. 11-12 Regional	2023 v.37-41 Regional
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 8 steg	61,6 %	40,1 % 	51,5 % 	47,6 % 
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 4 hygiensteg	68,3 %	48,3 % 	58,0 % 	56,3 % 
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 4 klädregler	86,3 %	75,6 % 	84,0 % 	82,0 % 
Antal utförda observationer	401	242	169	544

### 13.1.3

#### Kontroll av narkotikaklassade läkemedel

Om det på enheterna förvaras narkotikaklassade läkemedel så utses en person som varje månad kontrollräknar aktuella läkemedel, detta journalförs. Vid avvikelser informeras chef som gör en bedömning av allvarlighetsgrad och vid behov kontakter MAS, som tar ställning till eventuella vidare åtgärder.

Enstaka fall av avvikelser kan förklaras med att dokumentationen inte varit fullständig. Ett allvarligt fall är för MAS känt där större mängder narkotika försvann från enhetens läkemedelsförråd. Vidtagna åtgärder är utredning, tydligare kontroll och uppföljning samt polisanmälan och anmälan till IVO. Ärendet är utrett och avslutat.

#### 13.1.4 Läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. I all hantering av läkemedel ska det finnas en spårbarhet och en säkerhet att läkemedel hanteras korrekt hela vägen från ordination till patienten, vilket varje enskild verksamhet och enhet ansvarar för och ska följa upp i egenkontroller.

#### 13.1.5 Läkemedelsgenomgångar

Socialstyrelsen har fastställt att patienter som är 75 år eller äldre och som har fler än fem läkemedel förskrivna ska erbjudas en läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Syftet med läkemedelsgenomgången är att säkerställa en ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv läkemedelsterapi. En läkemedelsgenomgång är ett sätt att se till att den äldre patienten får rätt läkemedel i rätt dos och i rätt kombination med andra läkemedel. Enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas vid varje besök i öppenvård, påbörjad hemsjukvård samt inflytt till särskilt boende och ska ske i ett samarbete mellan ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska. Detta regleras såväl i MAS-regel STY-18290-v.7.0 Läkemedelshantering som i STY-08842-v.2.0 Läkemedelsgenomgång primärvård. I en förfrågan till verksamheterna inom både egen och privat regi framkommer att det finns en tydlig och fungerande rutin att genomföra läkemedelsgenomgångar årligen men däremot sviktar det i att göra det i samband med inflytt på särskilt boende.

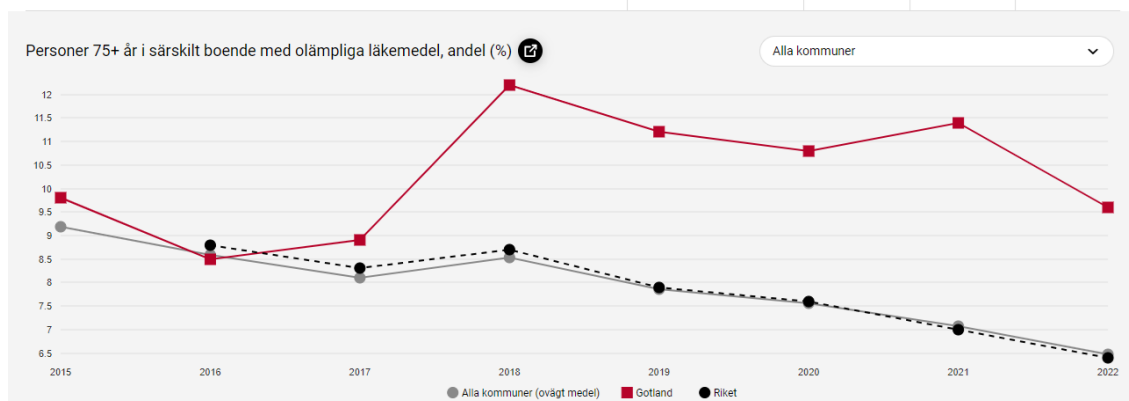
### 13.1.6 Olämpliga läkemedel för äldre

Läkemedel som är olämpliga för äldre:

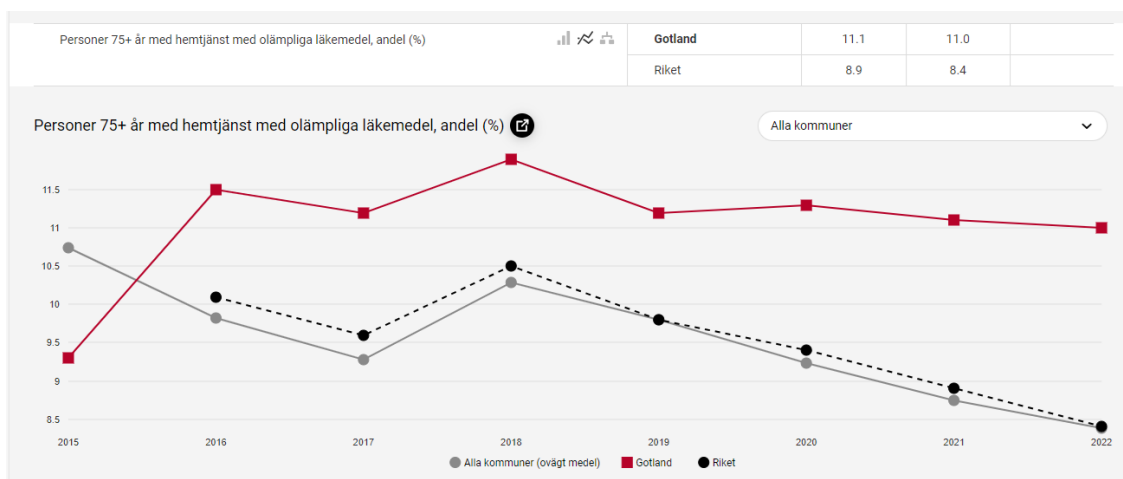
- Läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre
- Ska ordineras endast när särskilda skäl föreligger
- Ordineras på välgrundad och aktuell orsak (indikation)
- Förväntad nytta ska stå i rimlig proportion till riskerna
- Regelbunden uppföljning med täta intervaller

Gotland ligger högre än Sverige totalt när det gäller ordination av olämpliga läkemedel för äldre:

Nyckeltal	Område	2021	2022	2023
Personer 75+ år i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel (%)	Gotland	11.4	9.6	
	Riket	7.0	6.4	



Detta är ett utvecklingsnyckeltal: Andel personer 75 år och äldre i **särskilt boende** som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel vid mätillfället. Men mellan 2021 och 2022 har vi ändå en liten minskning på SÄBO från 11,4 % till 9,6 % . Riket har också haft en liten minskning; 7,0 % till 6,4 % . Siffror för 2023 finns ännu inte.



Detta är ett utvecklingsnyckeltal; Andel personer 75 år och äldre i hemtjänsten som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel vid mätillfället. För hemtjänst/ordinärt boende är siffrorna något högre: 11 % både 2021 och 2022, riket ligger på 8,9 % 2021 och 8,4 % 2022. Siffror för 2023 finns ännu inte.

### 13.1.7 Journalgranskning HSL

All legitimerad personal har gått över till att dokumentera i Hälsoärende. Undantag enstaka verksamhet i privat regi som har annat journalsystem.

Journalgranskning sker regelbundet i verksamheterna och generellt är dokumentationen bra. En svårighet som lyfts i verksamheterna är kompetensbrist i samband med nyanställningar.

Ett behov av förbättringsåtgärd som framkommit även tidigare är formuleringarna av relevanta och mätbara mål i vårdprocesserna.

Vidtagna åtgärder är att det finns ”superanvändare” i egen regi verksamheter som kan vara ett stöd samt förstärkt introduktion gällande dokumentation.

Inom egen regi finns även en dokumentationsgrupp som arbetar med att stärka och säkra dokumentation och dokumentationsrutiner.

### 13.1.8 Livsmedelshantering och temperatur

I alla verksamheter som hanterar livsmedel till brukarna, kontrolleras temperaturen på maten med mätning av kylvaror, frysvaror och varm mat regelbundet utifrån rutin

### 13.1.9 Adekvat kunskap och kompetens

Som nämnts tidigare är en grundläggande förutsättning för säker vård att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens. Utbildningsplan har under 2023 fortgått inom äldreomsorgslyftet. Utbildningsnivån inom avdelning särskilt boende ligger januari 2024 på 72,2% och förväntas nå uppsatt nämndmål på 75% under innevarande år.

Pilotprojekt ”Rätt använd kompetens” där medarbetare schemaplaneras utifrån utbildning och kompetens så att nya och oerfarna medarbetare har erfaren kollega med på sina arbetspass har under året visat på goda effekter.

Individuella handlingsplaner och introduktionsprogram tas fram av enhetschef vid behov där medarbetare fasas in i verksamheten utifrån erfarenhet, utbildning och språkkunskap.

En sjuksköterskeförstärkning har genomförts inom egen regi för att möjliggöra strukturerad uppföljning, internutbildning samt handledning vid behov.

Bedömning av kompetens hos vård och omsorgspersonal sker fortlöpande i samverkan med enhetschef och sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Uppföljning av delegation sker kontinuerligt samt årligen vid förnyad delegering. Individuell uppföljning utförs av enhetschef och sker genom medarbetarsamtal, lönesamtal samt vid behov.

## 13.2 Avvikelser

Händelser som avviker från planerade åtgärder är avvikelser. Är det en händelse som orsakat eller utgjort en risk för vårdskada är det en vårdavvikelse

Samtliga avvikelser ska registreras, utredas, åtgärdas och följas upp i syfte att vara ett lärande och säkra att händelsen inte uppstår igen. På så sätt är avvikelser ett sätt att förbättra verksamheten och öka kvalitén.

Avvikelser ska hanteras utifrån uppgjorda rutiner. Dessa ska innehålla information om hur åtgärder vidtas utifrån avvikelserna samt hur dessa följs upp samt återkopplas till rapportören. Varje vårdgivare har sitt eget rapporteringssystem för avvikelshantering.



I socialförvaltningens egen regi används regionens interna avvikelssystem Flexite. Här registrerar all personal såväl vårdavvikelse som avvikelser inom SoL/LSS. Privata vårdgivare rapporterar avvikelser i egna system.

Vårdavvikelse kategoriseras i grupper i syfte att underlätta analys av händelserna och delas upp i fallavvikelse, läkemedelsavvikelse, avvikelser rörande informationsöverföring och avvikelser vid uppkomna trycksår. Avvikelse som inte faller under någon av dessa kategorier presenteras under annat.

Avvikelse SOF egen regi	2021	2022	2023
Fallskada	261	277	338
Läkemedel	1476	1410	1596
Informationsöverföring	113	98	167
Trycksår	14	9	17
Annat	442	393	506
Totalt antal	2306	2197	2624

Precis som tidigare år handlar flertalet vårdavvikelse om läkemedelsavvikelse och fallavvikelse. Även de privata vårdgivarna beskriver att inrapporterade avvikelser i huvudsak handlar om läkemedels- samt fallavvikelse.

De vanligaste läkemedelsavvikelse handlar om

- Ej given dos
- Ej signerad men given dos
- Signerad men ej given dos
- Ej uppdaterade läkemedelslistor
- Ej delade/feldelade dosetter
- Upphittade tabletter på golv, i säng osv

Fallavvikelse sker oftast i samband med olika former av förflyttningar, tex till och från toaletten samt i samband med oro.

Avvikelse gällande bristande informationsöverföring handlar framför allt om:

- Bristande överrapportering i samband med utskrivning från lasarett
- Bristande överrapportering mellan personal och yrkesgrupper
- Bristande dokumentation

Vi ser i år en ökning av det totala antalet avvikelser, vilket mycket väl kan bero på att man under 2023 arbetat med att informera personalen om skyldigheten att rapportera avvikelser måste fortsätta. Att mäta antal avvikelser av olika kategorier kan vara av betydelse just för att se inom vilka områden det är vanligast, men med tanke på att hela syftet med avvikelserapportering är att identifiera och förebygga vårdskador och risk för vårdskador så är det av yttersta vikt att arbeta strukturerat med åtgärder och uppföljning och för att lyckas med det så krävs det att all personal blir involverad.

### 13.3 Lex Maria – allvarlig vårdskada

Två lex Maria anmälningar har gjorts till IVO under 2023. Anmälningarna berodde på följande orsaker:

Händelse 1 gäller en person med demenssjukdom och mycket BPSD-symtom som var svårbehandlade. Anmälan gällde dehydrering och undernäring samt upplevelse av att personen var sederad till följd av läkemedelsbehandling.

Händelse 2 gäller förväxling av läkemedel. En brukare fick en annan brukares läkemedel som resulterade i 3 dygns sjukhusvård varav första dygnet på IVA

I båda ärendena har IVO bedömt att vårdgivaren har fullföljt sina skyldigheter att utreda och anmäla händelsen och därmed avslutat ärendet.

### 13.4 Riskanalys - förebyggande arbete Senior alert

Senior alert kvalitetsregister används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård. Inom områdena nutrition, trycksår, fall, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs riskbedömningar för att identifiera ökade risker och arbeta med insättande av individuella åtgärder och uppföljningar.

Resultat	2021	2022	2023
Antal individer som erhållit riskbedömning-samtliga verksamheter	887	810	747
Andel riskbedömningar med identifierad risk inom något område	95%	94%	95%
Andel individer med risk med åtgärdsplaner	89%	92%	94%
Andel individer med risk som fått planerade åtgärder utförda	74%	68%	69%

Resultatet visar att antal individer som erhållit riskbedömningar minskat jämfört med föregående år. Dock ökar andelen insatta förebyggande åtgärder samt uppföljningar för de individer som har erhållit riskbedömning.

Resultaten från den nationella punktprevalensmätning av trycksår som skedde i november visar att andel trycksår ökat sedan föregående år. Senior Alert som utför punktprevalensmätningen har gjort en del förändringar sedan senaste mätningen. Bland annat att det tillkommit två kategorier av trycksår (icke klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) samt att urvalskriterierna har ändrats. Dessa ändringar bör tas i beaktning när man granskar resultaten. Andelen trycksår i särskilt boende är högre än föregående år och är högre än riket. Hemsjukvården är högre än riket och har fortsatt ökat något mot föregående år. Korttidsenheten har 0% i år vilket kan betyda att de inte hade någon med trycksår när mätningen genomfördes eller att de föll ur på grund av de förändrade urvalskriterierna.

Verksamhet	Andel trycksår 2021	Andel trycksår 2022	Andel trycksår 2023	Andel trycksår riket 2023
Särskilt boende	10 %	8%	12%	6,4%
Korttidsenhet	0%	6%	0%	9,0%
Hemsjukvård	9 %	10%	12%	5,4%

Analys av resultaten visar att Gotland har en lägre andel av de mest allvarliga såren jämfört med riket men högre i den tredje kategorin. Fler än hälften av de registrerade trycksåren (55 procent) är så kallade kategori 1, det vill säga en hudrodnad till följd av tryck. Till skillnad från tidigare år har två kategorier lagts till.

Kategori (1-4)	Andel Gotland 2021	Andel Gotland 2022	Andel Gotland 2023	Andel Riket 2023
1	56%	54%	55%	46%
2	22%	29%	27%	29%
3	18%	13%	17%	14%
4	4%	4%	0%	9%
Icke klassificerbart trycksår	-	-	1%	2%
Misstänkt djup hudskada	-	-	0%	0%

1. Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.
2. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
3. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår ned till men inte genom fascian.
- 4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

### 13.5 Vård i livets slut

Registrering i Svenska Palliativregistret ger förutsättningar att följa och utveckla kvaliteten av den vård och omsorg som ges till personer i livets slut. Samtliga dödsfall som sker inom någon av förvaltningens verksamheter ska registreras utifrån en samlad bedömning i det team av personal som medverkat i omvårdnaden i livets slut. Varje enhet har utifrån sina resultat möjlighet att arbeta med utvecklingsarbete utifrån analys av resultaten.

Nedan presenteras resultat för samtliga verksamheter baserat på 222 dödsfall inom Socialförvaltningens verksamheter under 2023

Resultat	2022	2023	Riket 2023	Mål Socialstyrelsen
Dokumenterad munhälsobedömning	59%	51,4%	62,2%	90%
Utförd validerad smärtskattning	62%	57,7%	65,7%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	79%	75,2%	81,9%	98%
Ordinerad injektion av läkemedel mot ångest	88%	89,6%	95%	98%
Ordinerad injektion av läkemedel mot smärta		89,2%	95,5%	98%

Resultaten visar en viss försämring både i jämförelse med förra årets resultat och i jämförelse med riket. Samtliga resultat ligger även markant under Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. I samtal med sjuksköterskor i våra verksamheter framkommer att de oftast gör såväl smärtskattning som munhälsobedömning men att de brister i att dokumentera det i journalen och det som efterfrågas i registret är just *dokumenterade* bedömningar.

### 13.6 Vård vid demenssjukdom- BPSD registret

Som stöd för ett strukturerat arbetssätt vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom på särskilda boende används Register för beteendemässiga och psykisk symtom vid demens (BPSD). Utifrån en s.k. NPI skattning av individens beteendemässiga och psykiska symtom planeras tvärprofessionella omvårdnadsåtgärder utifrån det individuella behovet.

Genom arbetssättet kan förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD-symtom minska och livskvalité för individen öka. Kvalitetsregistret möjliggör också för verksamheten att arbeta strukturerat med utvecklingsarbete utifrån sina resultat på individ- och gruppnivå.

I samband med skattningar registreras uppgifter om bland annat individens läkemedel. Resultat visar att individer på Gotland erhåller en liknande eller lägre förskrivning av lugnande/ångestdämpande läkemedel i jämförelse med riket. Personer med Alzheimers sjukdom får i lägre grad symtomlindrande demensläkemedel i jämförelse med riket. Andelen har ökat något sedan föregående år. Andel personer som bedöms smärtfria är oförändrad sedan föregående år och i nivå med riket. Andel registreringar där arbetet med skattning/planering/ uppföljning skett i tvärprofessionella team genom hela processen ligger över riket och har fortsatt att öka. Att samtliga yrkesprofessioner i teamet deltar i alla delar är ett förbättringsområde.

Kvalitetsindikatorer	2020	2021	2022	2023	Riket 2023
<b>Läkemedel-olämpliga</b>					
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Haloperidol (ex Haldol)	3%	2%	2%	2%	1%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Risperidon (ex Risperdal)	9%	10%	9%	9%	14%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Zopiklon (ex Zopiklon)	9%	8%	6%	6%	13%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Hydroxizin (ex Atarax)	2%	2%	1%	1%	1%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Oxazepam (ex Sobril)	16%	15%	13%	11%	20%
Andel personer som har läkemedel-Paracetamol (ex Alvedon)	53%	54%	50%	46%	46%
<b>Symtomlindrande läkemedel</b>					
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	43%	39%	35%	41%	62%
<b>Smärtfrihet</b>					
Andel personer som verkar smärtfria	76%	70%	76%	74%	72%
<b>Teamarbete</b>					
Registreringar där arbetet skett i team	40%	37%	83%	96%	87%

2021 års utvecklingsarbete med stöd av stimulansmedel inom området har fortsatt i syfte att öka kvaliteten inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Under 2023 har 141 medarbetare genomgått två dagars demensutbildning och 40 medarbetare har genomgått BPSD-utbildning.

Innehållet har varit grundläggande kunskap om demenssjukdomar samt bemötande. Verksamheter har också erbjudits stöd i arbete med BPSD-registret samt konsultationer från BPSD-teamet har kunnat intensifieras utifrån de ökade resurserna. Arbetet med att erbjuda BPSD-administratörsutbildning har intensifierats och under året har flertalet utbildningar genomförts och ett stort antal medarbetare utbildats. Nätverksträffar har genomförts för aktiva administratörer. Utbildningarna är vid utvärdering mycket uppskattade av medarbetarna och flertalet enhetschefer som har skickat medarbetare på utbildning beskriver att de är nöjda och att verksamheten får ta del av kunskapen genom sina medarbetare som återger en del på personalmöten samt fungerar som ett stöd i bemötande hos personer med demenssjukdom.

Utvecklingsledare har tillsammans med avdelningschefer tagit fram en sammanhållande struktur för utvecklingsarbete för målgruppen personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Målet med strukturen är att personer med kognitiv svikt och demenssjukdom ska erbjudas tidiga förebyggande insatser och en personcentrerad och

samordnad vård och omsorg och att det ska finnas en tydlig struktur för styrning och uppföljning i detta arbete.

### **13 Mål och strategier för kommande år**

Patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt pågående arbete som hela tiden kan förbättras. För att lyckas i arbetet behöver verksamheter och enheter vara involverade och samtlig personal delaktig. Mål och strategier för kommande år presenteras på ett förvaltningsövergripande plan, hur man sedan kommer jobba med det i verksamheterna behöver respektive verksamhet vara delaktig i.

#### **13.1 Kompetens –och resursförsörjning**

Som tidigare nämnts så är adekvat kunskap och kompetens en grundförutsättning för en säker vård. Kompetens- och resursförsörjning är en av de mest angelägna frågorna att hantera på såväl kort som lång sikt. Vi behöver skapa ett intresse hos unga människor i sina olika stadier av utbildning att arbete inom hälso -och sjukvård och omsorg har intressanta arbetsuppgifter att erbjuda samtidigt som det möter en strävan och längtan hos dessa att bidra till en positiv utveckling av samhället. På motsvarande sätt finns även grupper av redan yrkesverksamma, nyanlända m.fl. som efter ett antal år i yrket känner en längtan att utvecklas och vidareutbildas i en ny yrkesroll.

Vi behöver också vidareutveckla våra interna utbildningssystem, som i grunden är bra, mot att i ökad omfattning möta förändrade behov i såväl våra verksamheter som samhället i stort.

Våra uppdrag utvecklas och förändras, brukare har andra behov och krav på vård och omsorg i dag. Många verksamheter vittnar om att det blir mer och mer sjukvårdsinsatser som kräver ökad/annan kompetens hos såväl legitimerad personal som omvårdnadspersonalen.

Vi behöver fortlöpande framöver arbeta med att både säkra kompetensen hos all personal och att få kompetent personal att stanna kvar i verksamheterna.

#### **13.2 Heltäckande journalföring och patientsäker dokumentation**

Att dokumentera enligt Hälsoärende med möjlighet att skicka hälso –och sjukvårdsåtgärder och omvårdnadsåtgärder till omvårdnadspersonalen påbörjades 2022. Målet för kommande år är att fortsätta utveckla och förbättra det arbetet för att nå en heltäckande och patientsäker dokumentation.

Under 2024 behöver vi fortsätta utbilda och stödja såväl legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som omvårdnadspersonal i verksamhetssystemet Treserva.

#### **13.3 Följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler**

Det är tydligt att följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler är ett prioriterat område att fortsätta arbeta med och där vi behöver hitta nya former för uppföljning nu när SKR lägger ner databasen. Följsamhet av basala hygienrutiner är ensamt den viktigaste åtgärden för att minska och förebygga smittspridning både när det gäller Covid-19 men även övriga luftvägsinfektioner, säsongsinfluensa, RS och Calici/vinterkräksjukan.

Ett samarbete mellan Vårdhygien och MAS är initierat för att ta fram bra arbetssätt till detta. Men det är också viktigt att man ute i verksamheterna verkligen jobbar aktivt med arbetssätt, utbildning och uppföljning för att nå en följsamhet i hygienrutinerna och därmed minska risken för smitta och smittspridning. Det är viktigt att alla, såväl chefer som medarbetare tar sin del av ansvaret och är involverade i arbetet.

### 13.4 Patientsäker och spårbar läkemedelshantering

Avvikelse gällande läkemedel är med god marginal den enskilt största gruppen av vårdavvikelse. Trots förstärkta rutiner för delegering av läkemedel så sker det många fel och misstag.

Vi behöver minska antal avvikelser genom att säkra läkemedelshanteringens hela kedja, från ordination och förskrivning, vidare genom hela hanteringen tills den når patienten.

När avvikelser uppstår måste de åtgärdas och följas upp för att förebygga att det sker igen.

Avvikelse måste också återkopplas till delegerande sjuksköterska eftersom det även ingår i sjuksköterskans ansvar vid en delegering att följa upp att uppdraget utförs korrekt.

Som nämnts tidigare så ansvarar vårdgivaren för att säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning.

För egen regi behöver vi ta fram en plan för hur detta ska göras.

Privat regi ansvarar själva för att detta görs.

### 13.5 Läkemedelsgenomgångar och olämpliga läkemedel för äldre

Strukturerade läkemedelsgenomgångar i samarbete mellan läkare och sjuksköterskor och så långt det är möjligt med patienten delaktig är en förutsättning för god och korrekt läkemedelsbehandling. Gotland ligger över riket när det gäller såväl läkemedelsförskrivning generellt som förskrivning av olämpliga läkemedel för äldre. Detta i kombination med följsamhet av läkemedelsgenomgångar är ett prioriterat fokusområde för kommande år och kommer ske i samarbete mellan Socialförvaltningen/MAS och Hälso -och sjukvårdsförvaltningen /primärvården och chefsläkare.

### 13.6 Utveckla förebyggande arbete Senior alert

Senior alert används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård.

Vi behöver öka antal registrerade riskbedömningar inom samtliga områden och verksamheter i syfte att säkerställa systematik i det förebyggande arbetet.

Genom fortsatta utbildningssatsningar och uppföljningar kan vi verka för ett ökat antal riskbedömningar. Rutiner för teambaserad riskbedömning, åtgärdsplanering och uppföljning av insatser ska finnas i alla verksamheter.

Utvecklingsarbete är fortsatt att gemensamt med verksamheterna se över behovet av en specifik MAS-regel för Senior alert inom LSS verksamheterna bostad med särskild service.

### 13.7 Förebygga Trycksår

Resultaten från den nationella punktprevalensmätning av trycksår som skedde i november visar att andel trycksår ökat sedan föregående år. Som en del i arbetet med att förstärka arbetet med Senior Alert behöver vi lägga extra fokus på att riskbedöma och förebygga trycksår. Det krävs utbildningsinsatser för både legitimerad personal och omvårdnadspersonalen för att nå en medvetenhet om vikten att förebygga och snabbt uppmärksamma risker.

### 13.8 Palliativ vård

En god palliativ vård vilar på fyra hörnstenar:

- att läkare, sjuksköterskor och annan personal arbetar tillsammans
- att de arbetar för att lindra symtom
- att de kommunicerar med och bygger en relation till dig som är sjuk
- att de ger stöd till dig som är närstående.

Palliativregistret är ett kvalitetsregister som ska användas som ett arbetsverktyg för att säkerställa en god och patientsäker palliativ vård. Utvecklingsområde för kommande år är att fortsatt öka andelen dokumenterade munhälsobedömningar och smärtskattningar samt att regelbundet och strukturerat följa resultaten.

### **13.9 God vård vid demenssjukdom**

Personer med demenssjukdom ska erbjudas en god och jämlik vård, därmed behöver verksamheter som möter personer med demenssjukdom arbeta känna till BPSD-registret och det arbetssättet så att patienter med BPSD-symtom erhåller individuella omvårdnadsåtgärder i syfte att minska graden av symtom och öka livskvalité. Under våren 2024 erbjuds även en uppföljningsdag för de medarbetare som genomgått tvådagarsutbildningen där fokus ligger på bland annat vård i livets slutskede.

### **13.10 Förbättra följsamhet och delaktighet i kvalitetsregister**

Liksom Senior Alert är Palliativregistret och BPSD-registret nationella kvalitetsregister som är bra arbetsverktyg för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Men de är även register som visar den kvalitet och patientsäkerhet vi har i ett nationellt perspektiv. Att delta i för verksamheten aktuella kvalitetsregister, är ett skakrav för socialförvaltningens verksamheter inom både egen och privat regi och vi måste fortsatt verka för att det ska bli en större följsamhet av det.