

# Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre

Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende  
kommunernas hälso- och sjukvård



## Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av kommunen

Med anledning av det beslut som IVO tillställt nämnden i pågående tillsyn begär IVO med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- Hur nämnden säkerställer att de åtgärder som vidtagits avhjälper den påtalade bristen/de påtalade bristerna.
- Vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende de brister som finns redovisade i IVO:s beslut.

Redovisningen ska **inkomma till IVO senast det datum som framgår av beslutet den 1 mars respektive den 15 mars 2024**. Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande, med eller utan vite, att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

### Formulär för redovisning av nämndens åtgärder

I detta formulär kommer IVO ställa ett antal frågor gällande de åtgärder som nämnden redovisat att nämnden/kommunen vidtagit eller planerat att vidta samt följt upp effekten av för att komma tillrätta med de brister som finns beskrivet i IVO:s beslut.

Med vidtagna åtgärder avser IVO att kommunen har informerat, genomfört och implementerat de aktiviteter som finns beskrivet i nämndens redovisning i alla sina delar i samtliga berörda verksamheter.

Med uppföljd åtgärd avser IVO att nämnden säkerställer att ledningen i alla ansvarsled följt upp att redovisade åtgärder fått effekt för patienten. Nämnden ska även säkerställa att vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor har ett arbetssätt som visar på att de arbetar enligt de processer och rutiner som gäller för verksamheten.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelshantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS

## Vård- och omsorgspersonalens kompetens

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att den vård- och omsorgspersonal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera samt signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- \* Kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer samt hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- \* Förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- \* Förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.

---

4. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras?

*Obligatorisk.*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej

**5. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.**

Metodutvecklare har anställts på alla enheter. Dessa är ett stöd och ger handledning i den patientnära vården, samt följer upp att Genomförandeplaner skrivs på alla vårdtagare. Att kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD används för att säkra kvalitet och användande följs upp varje månad. Statistik över kvalitetsindikatorerna kommer dessutom att följas en gång per månad. Vi har fortfarande utmaningar att arbeta med för att komma till ett samarbete och en kommunikation mellan grupper i tillräcklig grad. Kompetenshöjande insatser kring demens, palliativ vård samt personcentrerad vård förekommer regelbundet. Fortsatt utbildning behövs. Arbete med kompetenshöjningsplan pågår, bland annat när det gäller kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer samt hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.

---

**6. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Obligatorisk.*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej

---

**7. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.**

Kvalitetsindikatorer som kommer följas månadsvis är andel genomförda senior alert, BPSD, genomförandeplan, min livshistoria. Avsatt tid finns flera gånger per månad för gemensamma avstämningar, teamarbete och APT där information kan delas mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Det finns dock fortfarande vissa utmaningar för sjuksköterskorna att kunna delta vid dessa tillfällen. Egenkontroll gällande läkemedelshantering genomförs i Mars månad.

9. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens fått avsedd effekt för patienterna?

*Obligatorisk.*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej

---

10. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens.

Varje tertiäl kommer ett perspektiv att följas upp med hjälp av enkätfrågor hämtade ur demenscentrums frågebatteri p-cat. Perspektiven som belyses och de som ska svara på enkätfrågorna är medarbetare, anhöriga och boende.????????????

Dessa enkäter startas upp nu 2024 och det är först när de är genomförda som vi kan få en bild av effekterna. Brukarundersökningen som genomförs varje år kan dock redan nu ge indikationer på vilka områden verksamheten behöver jobba vidare med.

---

11. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?

*Obligatorisk.*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej
-

# Ytterligare områden som kritiserades

**Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket**

**Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering**

**Vård i livets slutskede**

---

## Redovisning av ytterligare åtgärder

I IVO:s beslut kan det ha framkommit ytterligare brister än de ni hittills redovisat i detta formulär. Nedan ska nämnden redovisa de åtgärder som vidtagits och hur nämnden följt upp dessa.

Se IVO:s beslut i aktuellt ärende.

---

### 44. Beskriv de åtgärder som nämnden vidtagit.

Sjuksköterskans förutsättning att bedöma patientens hälsotillstånd. Hela SSK-grupp har fått genomgång av bedömning enligt Visam samt utbildning av ambulanspersonal i att göra bedömningar.

Läkartillgång. Det förs kontinuerligt samtal med vårdcentralerna om vikten av att läkare kommer till patient för bedömning och att kommunens Hemsjukvård får tillräckligt med läkartid.

HSV patientjournal öppnas så att omvårdnadspersonal med delegering kan läsa beskrivning av insatser och exempelvis information om palliativ vård.

Kommunikation mellan professioner förbättras, bland annat genom användande av SBAR vid kommunikation

Läkemedelsgenomgångar kommer att dokumenteras både i Vårdcentralens och i kommunens Patientjournal.

Tydlighet i personalgrupper att medicinska bedömningar skall göras av legitimerad personal

# Patientsäkerhetsberättelse för Ulricehamns kommun År 2023



Datum 24-04-11  
Elvy Johansson MAS  
Ulricehamns kommun  
Diarienummer 2024/156



ULRICEHAMNS  
KOMMUN



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Politisk nämnd



Socialchef



Andra linjens chef



Intresse av resultat



Redovisning av resultat



Första linjens chef



Första linjens chef



Första linjens chef



Första linjens chef



Första linjens chef



# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

God och säker vård överallt och alltid

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

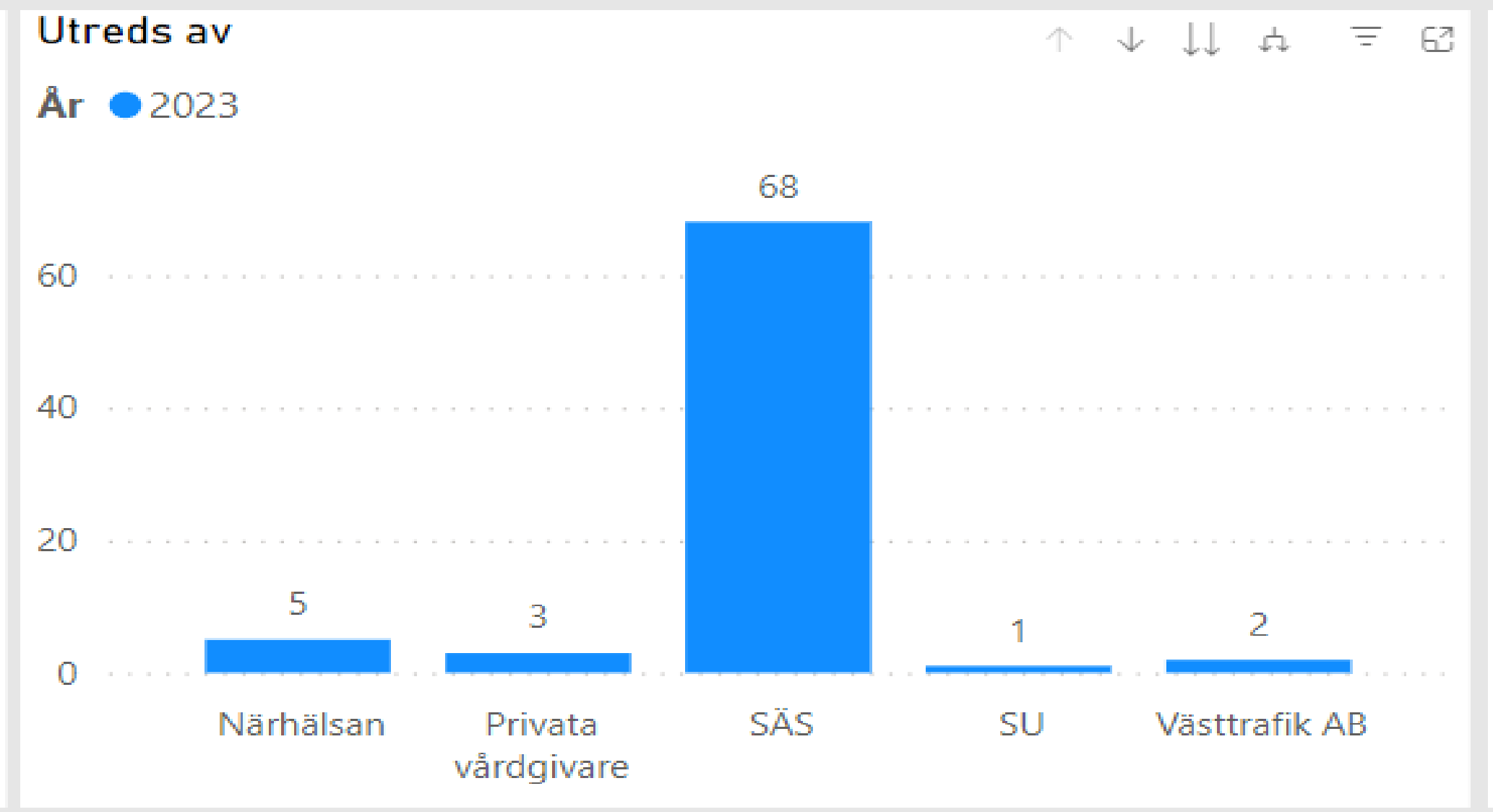
**Ingen patient skall behöva drabbas av en vårdskada!**

Typ av avvikelse	2023	2022	2021
Läkemedel	1806	1748	1338
Falltillbud	2262	1992	1724
Trycksår	7	8	19
Socialtjänst/LSS myndighetsutövning	17	33	50
Socialtjänst/LSS utförare	178	175	196
Missförhållande – ekonomisk oegentlighet	2	0	2
Missförhållande – fysiskt övergrepp	63	80	4
Missförhållande – psykiskt övergrepp	23	22	4
Missförhållande – sexuellt övergrepp	21	0	3
Brukare skadar/hotar skada sig själv eller annan	26	26	75
Brist i skydd för barn, unga och missbrukare	1	5	3
Ej personrelaterat /utrustning, teknik, miljö	127	116	118
Informationssäkerhet	85	95	80
Brist behandling träning	74		
Övriga	122	284	237
<b>Totalt</b>	<b>4814</b>	<b>4584</b>	<b>4853</b>

# Allvarliga händelser 2023

- **Lex Maria** 12 utredningar varav 10 skickats till IVO  
Ytterligare 9 som inte är utredda klart
- **Lex Sara** 9 utredningar varav 3 skickats till IVO

# Avvikelser i Närvårdssamverkan



# Några förbättringsområden

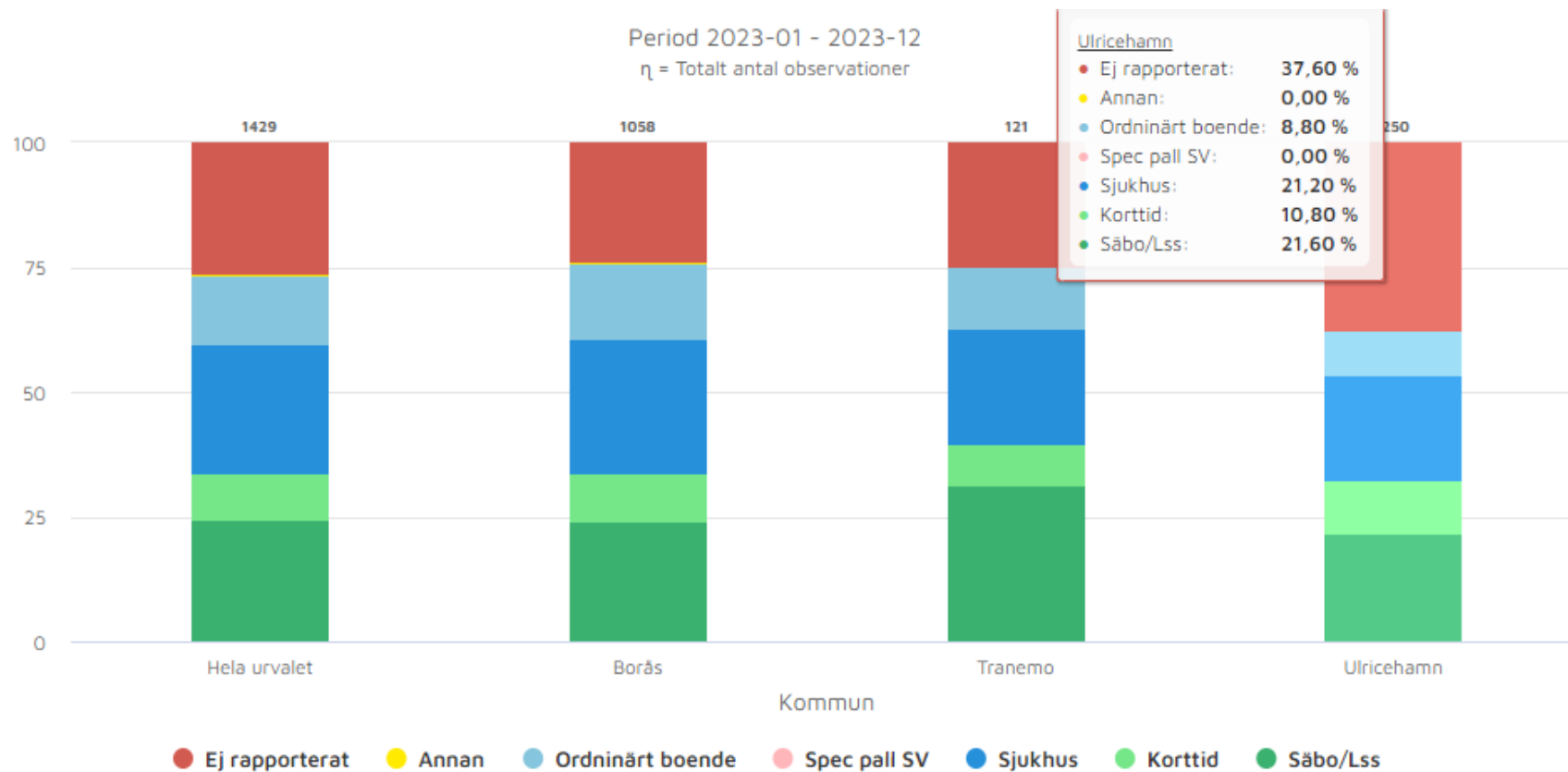
- **Bedömningsstöd - och kommunikation mellan vårdpersonal**
- **Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter**
- **Demensvård**
- **Läkemedelshantering och välfärdsteknik**
- **Dokumentation- patientjournal**
- **Munhälsa**

## Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall

Period 2023-01 - 2023-12

SKAPA EXCEL-FIL 

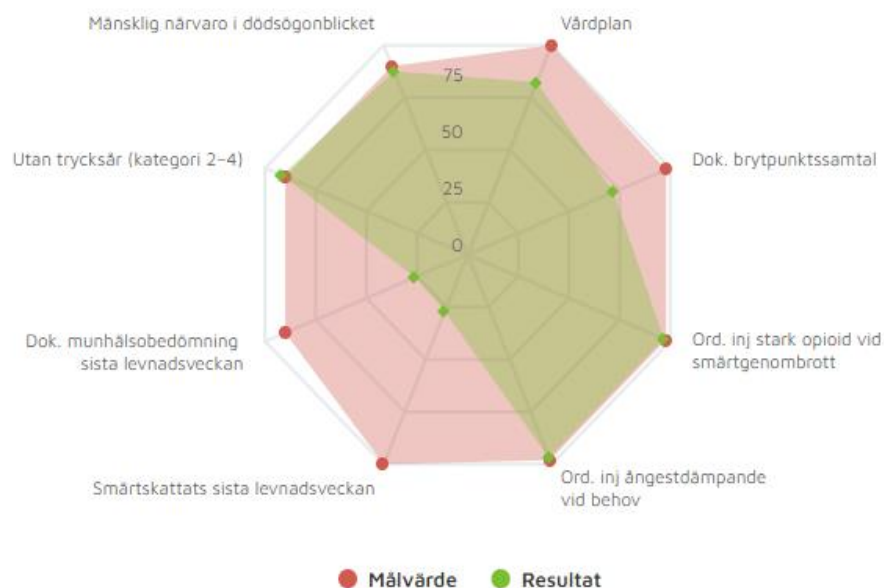
Kommun	Ej rapp. (%)	(n)	Annan (%)	(n)	Ordinärt boende (%)	(n)	Spec Pall SV (%)	(n)	Sjukhus (%)	(n)	Korttid (%)	(n)	Säbo/Lss (%)	(n)	Totalt
Hela urvalet	26,31	376	00,28	4	13,72	196	00,00	0	25,75	368	09,59	137	24,35	348	1429
Borås	23,82	252	00,38	4	15,03	159	00,00	0	27,13	287	09,45	100	24,20	256	1058
Tranemo	24,79	30	00,00	0	12,40	15	00,00	0	23,14	28	08,26	10	31,40	38	121
Ulricehamn	37,60	94	00,00	0	08,80	22	00,00	0	21,20	53	10,80	27	21,60	54	250



# Kvalitetsindikatorer palliativ vård

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Kvalitetsindikator	Resultat 2023	Resultat 2022	Målvärde
Vårdplan	82	-	100
Dokumenterat brytpunktssamtal	72	81	98
Ordinerad stark opioid vid smärtgenombrott	97	95	98
Ordinerad ångestdämpande vid behov	97	95	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	27	17	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	26	31	90
Utan trycksår (kategori 2-4)	92	86	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88	81	90

Detta är en modifie

# Senior Alert – riskbedömning i vården 2022 och 2023

Sverige / Kommun / Region

Ulricehamns kommun

År

2023

Typ av enhet

Alla

[Exportera till Excel](#)

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
	267	95% ↗ 275 av 291	76% ↘ 208 av 275	80% ↘ 221 av 275	48% ↘ 61 av 128	73 ↗ 47 personer	93 ↗ personer	14 ↗ 8 personer	113 ↗ personer	✓

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
	205	95% ↗ 223 av 235	87% ↗ 194 av 223	87% ↘ 194 av 223	65% ↘ 97 av 149	76 ↘ 44 personer	63 ↗ personer	4 ↘ 2 personer	84 ↘ personer	✓

Nationell handlingsplan för ökad  
patientsäkerhet i hälso- och sjukvården  
2020–2024

# Agera för säker vård



## Regioner och kommuner

- Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ska regioner och kommuner kunna ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.



Ramverk för uppföljning utifrån handlingsplanens struktur.

**Agera**  
för säker vård

