

# Patientsäkerhetsberättelse 2015

Social- och omsorgsförvaltningen



Hudiksvalls  
kommun

Dnr 2016-097-039



## Innehåll

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Sammanfattning</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Övergripande mål och strategier</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1       | Mål 2015 .....  | 6         |
| 2.2       | Strategier 2015 .....   | 6         |
| <b>3</b>  | <b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>   | <b>7</b>  |
| <b>4</b>  | <b>Struktur för uppföljning/utvärdering</b>   | <b>7</b>  |
| <b>5</b>  | <b>Uppföljning genom egenkontroll</b>   | <b>8</b>  |
| <b>6</b>  | <b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</b> | <b>8</b>  |
| <b>7</b>  | <b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b>   | <b>9</b>  |
| <b>8</b>  | <b>Risikanalys</b>  | <b>9</b>  |
| <b>9</b>  | <b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b>  | <b>10</b> |
| 9.1       | Avvikelser .....  | 10        |
| <b>10</b> | <b>Hantering av klagomål och synpunkter</b>   | <b>11</b> |
| <b>11</b> | <b>Sammanställning och analys</b>   | <b>11</b> |
| <b>12</b> | <b>Samverkan med patienter och närstående</b>   | <b>12</b> |
| <b>13</b> | <b>Resultat</b>   | <b>12</b> |
| 13.1      | Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete -”Så här jobbar vi” .....                                   | 12        |
| 13.2      | Hemsjukvård.....  | 13        |
| 13.3      | Rehabilitering.....   | 14        |
| 13.4      | Dokumentation .....   | 14        |
| 13.5      | Öppna jämförelser - Vård och omsorg om äldre 2014.....  | 14        |
| 13.5.1    | Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2015.....                                       | 15        |
| 13.5.2    | Brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.....   | 16        |
| 13.6      | Kvalitetsregister.....  | 17        |
| 13.6.1    | Senior alert.....   | 17        |
| 13.6.2    | Svenska palliativregistret – Hudiksvalls kommun/region Gävleborg..  | 18        |
| 13.6.3    | BPSD registret.....   | 20        |
| 13.7      | Punktprevalensmätning.....  | 20        |
| 13.8      | Hygien.....   | 21        |
| 13.9      | Nationell patientöversikten, NPÖ.....   | 21        |
| 13.10     | Utbildning .....  | 21        |
| <b>14</b> | <b>Övergripande mål och strategier för kommande år</b>  | <b>22</b> |



## 1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen innefattar åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll, hur risker för vårdskador identifierats och hanterats, hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser, hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats och hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Under 2015 har satsningen på att implementera patientjournaldokumentation enligt ICF varit i fokus. I början av året hölls utbildningar för all HSL-personal och från slutet av mars dokumenteras i den nya journalen. En dokumentationsgrupp har skapats med hälso- och sjukvårds- (HSL) personal, systemansvariga och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att följa upp dokumentationen.

Arbetet med kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ”Så här jobbar vi” fortsätter. Det har varit utbildning för all HSL-personal och ledningssystemet uppdateras regelbundet.

Vi har fortsatt att på arbetsplatsträffar och samrådsträffar med primärvården hitta former för hemsjukvården. Då det varit stor omsättning på främst sjuksköterskor, och därmed bristande kontinuitet, tillsammans med ett fortsatt ökat antal patienter jobbar enhetscheferna vidare med det.

Deltagandet i kvalitetsregistren fortsätter. Ytterligare en enhet är nu med i BPSD-registret och två väntar på utbildning. Från 2016 finns ingen Utvecklingsledare i länet utan MAS får ansvar som Senior alert stödare i registren.

I slutet av året implementerades avvikelsemodulen i Treserva. Det är en hjälp att systematiskt arbeta med avvikelser och gör det enklare att följa upp resultatet. Avvikelse hanteras av respektive enhetschef och skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska som går igenom avvikelserna för att bedöma om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

## 2 Övergripande mål och strategier

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

### 2.1 Mål 2015

- Alla som riskbedöms i senior Alert och har risk, har åtgärder insatta och att dessa följs upp var tredje månad.
- 80 % av de som är inskrivna i hemsjukvården har erbjudits riskbedömningar.
- Vård- och rehabplaner ska finnas i omvårdnadsjournalen Treserva för de personer som har risk och där åtgärder satts in.
- Fyra enheter har gått utbildning och är anslutna till registret BPSD.
- Antalet skrivna avvikelser ska öka med minst 100 %.

#### *Uppföljning av mål 2015*

Vi har inte uppnått målen för riskbedömningar trots utbildningsinsatser samt riktade insatser från utvecklingsledare. Till viss del beror det på att hemsjukvården fortsätter att öka och att rekryteringsbehovet av sjuksköterskor varit stort i princip hela året. Andelen riskbedömningar i hemsjukvården är fortsatt lågt. Se vidare s. 17.

Vård- och rehabplaner skrivs i Treserva, uppföljning och utbildning planeras 2016.

Tre enheter har gått utbildning och är nu anslutna till BPSD-registret: Helenedal, Frejagården och Ingsta. Tunbacka och Tryggebo står på tur för utbildning.

Antalet skrivna avvikelser har ökat med 50 %.

Mål 2016 se sid. 22.

### 2.2 Strategier 2015

- Stöd till sjuksköterskor av utvecklingsledare samt följa statistik i senior Alert och Palliativ registret.
- Individuellt stöd till sjuksköterskor.
- Journalgranskning.
- Information till sjuksköterskor, rehabpersonal, enhetschefer och omsorgspersonal om syftet med att skriva avvikelser. Införande av avvikelsem modul kommer att ske under hösten 2015.

#### *Uppföljning av strategier 2015*

Utvecklingsledare har följt statistik och gett individuellt stöd till HSL-personal samt enhetschefer och övrig omvårdnadspersonal under 2015. Från 2016 tar MAS över rollen som Senior alert stödare.

Utbildning i dokumentation enligt ICF samt journalgranskning har genomförts, uppföljning och utbildning planeras 2016.

Under hösten 2015 har all vårdpersonal i fått genomgång i att skriva avvikelser i Treservas avvikelsem modul. Från årsskiftet ska inga avvikelser skrivas på papper. Det blir då lättare att följa upp och analysera avvikelser.

### **3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Social- och omsorgsnämnden har som vårdgivare yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska att skriva patientsäkerhetsberättelse.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska säkerställa att patientens behov av säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska att fullgöra dessa uppgifter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och egenkontroll samt att rutiner och riktlinjer för god patientsäkerhet finns och är kända av berörd personal.

Enhetschef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare analysera avvikelser som rör enheten samt föreslå förbättringar för att minska risken att händelsen ska upprepas.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Förvaltningen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd.

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

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Genom egenkontroll görs systematisk uppföljning av verksamheten. Resultatet sammanställs och presenteras årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

- Punktprevalensmätning Trycksår sker lokalt tre gånger per år.
- Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner, Svenska HALT, via Folkhälsoinstitutet genomförs en gång per år.
- Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler, via SKL genomförs en gång per år.
- Uppföljning av kvalitetsregistren sker varannan månad av MAS.
- Uppföljning av avvikelser redovisas tertialvis till ledningsgrupp.
- Hygienronder genomförs var tredje/fjärde år på alla boenden.

- Egenkontroll Läkemedel genomförs årligen.
- Strama redovisas årligen av regionens Läkemedelskommitté.

Ansvarig för uppföljning av målen i patientsäkerhetsberättelsen är medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## 5 Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

- Statistik från kvalitetsregister: Senior Alert och Svenska palliativregistret.
- Öppna jämförelser.
- Journalgranskning, fokus på vård- och rehabplaner.
- Punktprevalensmätning för bland annat trycksår.
- Deltagande i Folkhälsoinstitutets nationella HALT-studie, vårdrelaterade infektioner.
- SKL:s punktprevalensmätning för Basala hygienrutiner och klädregler.
- Egenkontroll Läkemedel.
- Avvikelser.
- Hygienronder i samarbete med Vårdhygien.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under 2015 har patientsäkerhetsarbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:

- Nytt dokumentationssätt enligt ICF för all HSL-personal.
- Utbildning i Genomförandewebben för omvårdnadspersonal. Medicinsk dokumentation av omvårdnadspersonal sker nu i vårdplaner som fördelats till genomförandewebben av legitimerad personal.
- Avvikelser har inrapporterats och åtgärder har vidtagits på enheten där händelsen har ägt rum.
- Utbildning i Avvikelsemodulen i Treserva. Alla avvikelser registreras digitalt.
- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens definition har i samarbete med läkare genomförts på boenden och i hemsjukvården. Primärvården ansvarig.



- Punktprevalensmätningar genomförs regelbundet
- Hygienronder har genomförts.

## 7 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Social- och omsorgsförvaltningen har avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilda boenden.

Meddix, informations/kommunikationsverktyg för personer som är utskrivningsklara från slutenvården i regionen används.

Verksamhetschef och kvalitetssamordnare från primärvården samt verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska träffas varje kvartal och diskuterar gemensamma frågor.

Vårdenhetschefer slutenvården på Hudiksvalls sjukhus och verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska har träffats vid ett tillfälle och planerar att träffas varje kvartal för att diskutera gemensamma frågor.

Vårdkedjegruppen har upplösts och istället har operativa välfärdsgrupper bildats.

Vaccinationer och registrering i Svevac.

Avtal med Vårdhygien.

Avtal med Patientnämnden.

## 8 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

- Riskanalys som görs på individnivå fortlöpande är via Senior Alert och BPSD.
- Hygienronder görs på alla boenden, ungefär vart tredje/fjärde år. Vid dessa upprättas ett vårdhygieniskt protokoll. Där identifieras de områden där enheterna ska göra förbättringar.
- Punktprevalensmätningar.
- Årliga läkemedelsgenomgångar.
- Egenkontroll Läkemedel genomförs årligen.

## 9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### 9.1 Avvikelser

En avvikelse är när det inte blir som det var tänkt och detta får eller hade kunnat få negativa konsekvenser för våra kunder/brukare. Att allt inte alltid blir som det var tänkt är naturligt men det är viktigt att alla avvikelser dokumenteras. Det är för att vi ska kunna lära oss av erfarenheterna och minska risken att liknande händelser inträffar igen. Det finns rutiner och processer för rapportering och utredning av avvikelser och synpunkter och klagomål.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, personal som utför uppgift på delegation samt personal som biträder legitimerad personal är skyldig att rapportera avvikelser som rör hälso- och sjukvård.

En avvikelsemodul har införts inom äldreomsorg och funktionsnedsättning, vilken möjliggör ett enklare sätt för personalen att registrera avvikelser. Modulen möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området. Modulen infördes i december 2015.

Rutiner för social dokumentation samt avvikelsehantering har tagits fram/reviderats och införlivats i förvaltningens ledningssystem ”Så här jobbar vi”. Ansvarig för implementeringen av rutinerna för avvikelsehantering till HSL-personal har varit medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Enhetschefen på boendet ansvarar, i samarbete med HSL personal, för att utreda avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten. Förändringar föreslås som ska minska risken att händelsen inträffar igen.

Avvikelserna går igenom av medicinsk ansvarig sjuksköterska för att bedöma om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

Vissa avvikelser delges övriga enhetschefer och sjuksköterskor för ett lärande i organisationen.

Externa avvikelser skickas vidare av MAS som bevakar svar och återkopplar till den som skrivit avvikelsen samt enhetschef.

Inkomna avvikelser (externa) utreds av enhetschef och svar skickas vidare av MAS.

En allvarlig vårdskada, Lex Maria, utreddes vid årsskiftet 2014/2015 av MAS i samarbete med rehabenheten. Den viktigaste åtgärden blev en utbildningsåtgärd för all omvårdnadspersonal som beräknas vara återkommande.

Antal avvikelser rörande hälso- och sjukvård 2015:

|               | 2015       | 2014       | 2013       |
|---------------|------------|------------|------------|
| Fall *        | 10         | 7          | 18         |
| Läkemedel     | 118        | 79         | 105        |
| Övrigt        | 22         | 19         |            |
| <b>Totalt</b> | <b>150</b> | <b>105</b> | <b>123</b> |

\* Fall som lett till fysisk kontakt med primärvård eller slutenvård

|  |    |   |    |
|--|----|---|----|
| Sår                                      | 25 | 8 | 24 |
| Lex Maria                                | 1  | 0 | 0  |
| Externa avvikelser från region Gävleborg | 7  |   |    |
| Externa avvikelser till region Gävleborg | 53 |   |    |

## 10 Hantering av klagomål och synpunkter

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

Synpunkter, klagomål och beröm ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten. Synpunkter kan lämnas av brukare/patienter och närstående via webben eller via ett skriftligt formulär.

Klagomål och synpunkter från enskilda utreds av enhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vissa klagomål och synpunkter utreds tillsammans med verksamhetschef enligt HSL.

Klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden utreds av verksamhetschef HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## 11 Sammanställning och analys

Synpunkter och klagomål som rör hälso- och sjukvård från patienter och närstående är få. De synpunkter som kommit fram tas upp på arbetsplatsträffar för att få ett lärande i organisationen.

|  | 2015 |
|--|------|
| Synpunkter och klagomål via webben/skriftligt formulär | 3    |
| Klagomål via IVO                                       | 2    |
| Tillsyn från IVO Sol/HSL                               | 2    |
| Patientnämnden   | 0    |

Tre synpunkter angående omvårdnad och bemötande har utretts av enhetschef.

Två klagomål om fel i vården från IVO har utretts i samarbete med MAS och verksamhetschef HSL. Rutiner och arbetssätt har gått igenom.

IVO har under året gjort två tillsyner gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och dokumentation. Implementering av ”Så här jobbar vi” och Genomförandewebben har genomförts under året.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2015 var det inget ärende som rörde Hudiksvalls kommun som utretts.

## 12 Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vid inflyttning till särskilt boende får personen/närstående en informationsbroschyr med tips på lämpliga möbler, belysning med mera bland annat för att undvika fallskador.

Minst en omvårdnadsansvarig sjuksköterska per enhet, rehab har ansvar för flera enheter.

Sjuksköterska finns anträffbar på telefon dygnet runt.

Vårdplanering görs vid ankomst till korttidsplats, inskrivning i hemsjukvård i samarbete med primärvården samt vid flytt till särskilt boende.

Vid utredning av avvikelser medverkar vid vissa tillfällen patient och/eller deras närstående.

HSL-personal kan delta på Anhörigträffar.

## 13 Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### 13.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - ”Så här jobbar vi”

Ett ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete, ”Så här jobbar vi”, har under 2012-2014 arbetats fram inom omsorgsförvaltningen enligt föreskriften SOSFS 2011:9. ”Så här jobbar vi” antogs i omsorgsnämnden i juni 2013.

Under 2015 har arbetet med att utveckla ledningssystemet resulterat i

- Förbättrad avvikelshantering
  - En ny rutin har tagits fram
  - En avvikelsemodul kopplad till verksamhetssystemet Treserva har köpts in och implementerats inom äldreomsorg och funktionsnedsättning.
  - Under februari har informationsträffar för legitimerad personal hållits i syfte att ge en fördjupad förståelse av ”Så här jobbar vi”.

## 13.2 Hemsjukvård

Kommunerna i Gävleborgs län övertog 1 februari 2013 ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende från region Gävleborg.

Antalet inskrivna i hemsjukvård stiger kontinuerligt och många patienter har stora behov av mer avancerad hälso- och sjukvård. Skatteväxlingen som gjordes 2013 täcker inte behovet av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster, förvaltningen har fått omfördelat ekonomiska resurser.

I utvärderingen av kommunaliseringen av hemsjukvården som genomfördes 2015 uttalade patienter inskrivna i hemsjukvården att de upplever kontinuitet, trygghet och att det alltid finns möjlighet att nå en sjuksköterska på telefon och få hembesök dygnet runt.

Samverkansavtal för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård följs upp och upprättas med respektive hälsocentral årligen.

Under hösten 2015 har organisationen med koordinatörer inte kunnat fortsätta pga. brist på sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Hemsjukvården har själva till stor del fått delta på vårdplaneringar på sjukhuset men på överlämnandeträffar med hälsocentralerna har koordinatörer ofta närvarat.

Slutenvården har minskat antalet vårdplatser vilket lett till mer avancerad sjukvård på kommunens korttidsplatser och i hemsjukvården.

Under året har verksamheten arbetat med att förtydliga kriterierna för inskrivning i, och utskrivning från, hemsjukvård.

Samrådsträffar har också hållits tillsammans med hälsocentralerna i syfte att diskutera gemensamma frågor.

HSV-träffar hålls varannan månad med förvaltningschef, MAS, verksamhetschefer, enhetschefer och koordinatörer för att diskutera gemensamma frågor.

Enhetscheferna för HSL i Hälsingland träffas varje kvartal.

Antalet hemsjukvårdspatienter 2013-2015 visar på en trend av stadigt ökande antal patienter (med en topp sommaren 2015\*)

|             | antal inskrivna | antal hembesök/v |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1 feb -13   | 275             | 311              |
| 1 sep -13   | 325             | 389              |
| 22 apr -14  | 333             |                  |
| 21 okt -14  | 359             |                  |
| 8 jan -15   | 370             |                  |
| 20 juli -15 | 401*            |                  |
| 9 okt -15   | 375             |                  |
| 16 dec - 15 | 375             |                  |

### 13.3 Rehabilitering

Förflyttningsutbildning för säkrare och tryggare förflyttningar har hållits för all omvårdnadspersonal och sjuksköterskor.

Infört nya rutiner vid utprovning av lyft och lyftselar, tydligare utprovningsprotokoll lämnas ut. Omvårdnadspersonal har fått information på APT' angående lyft och lyftselar.

Lyftutbildning för säkrare tillvägagångssätt har påbörjats för omvårdnadspersonal.

### 13.4 Dokumentation

I början av 2015 genomfördes en utbildningssatsning i journalföring. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster gick från att dokumentera utifrån VIPS sökord till dokumentation enligt ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.

Under hösten 2015 har förvaltningen gjort en omfattande satsning på utbildning i social dokumentation för all personal inom äldreomsorg samt daglig verksamhet och införande av Genomförandewebben. Vårdpersonalen dokumenterar då medicinska händelser i vårdplaner som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster fördelat.

### 13.5 Öppna jämförelser - Vård och omsorg om äldre 2014

Rapporten belyser kvaliteten på vården och omsorgen utifrån olika perspektiv och områden. Rapporten fokuserar på den sammanhållna vården och omsorgen. Området är särskilt viktigt för gruppen mest sjuka äldre som ofta har insatser från både kommuner och regionen.

Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa i särskilt boende rör Hudiksvalls kommuns resultat i Senior alert, övriga är gemensamma med primär- och slutenvården.

| Kommunresultat 2014, inklusive region Gävleborg  | Procent                               | Rank | Rank av | Jämfört föreg. år (riket) |
|--|---------------------------------------|------|---------|---------------------------|
| Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa i särskilt boende, 2013-2014 | 63                                    | 111  | 271     |                           |
| Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa i ordinärt boende, 2013-2014 | 1                                     | 115  | 117     |                           |
| Andel avlidna som smärtskattades under sista levnadsveckan, 2013-2014                      | 15                                    | 196  | 270     | ↗                         |
| Brytpunktsamtal, 2013-2014   | 58                                    | 111  | 240     | ↗                         |
| Eftersamtal, 2013-2014   | 84                                    | 64   | 240     | ↗                         |
| Behovsordination av opioid, 2013-2014  | 92                                    | 162  | 240     | ↗                         |
| Fallskador, 80 år och äldre, 2011-2013   | 63                                    | 209  | 290     | ↘                         |
| Tre eller fler psykofarmaka bland äldre  | 8,0                                   | 78   | 276     | ↗                         |
| Tio eller fler läkemedel   | 18,8                                  | 95   | 276     | ↘                         |
| Olämpliga läkemedel  | 12,3                                  | 188  | 275     | ↗                         |
| Användning av antipsykotiska läkemedel   | 4,7                                   | 50   | 275     | ↗                         |
|  | Grön=positiv, Gul=medel, Lila=negativ |      |         |                           |

### 13.5.1 Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2015

#### Hemtjänst

Samtliga enheter har svarat att det finns aktuella, skriftliga och på ledningsnivå fastställda rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Sjuksköterska och vid behov arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast deltar på omvårdnadsträffar.

#### Särskilt boende

Majoriteten har ett behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Varje enhet har minst en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

Sjuksköterskorna har fått utbildning i basal utredning av urinläckage och förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

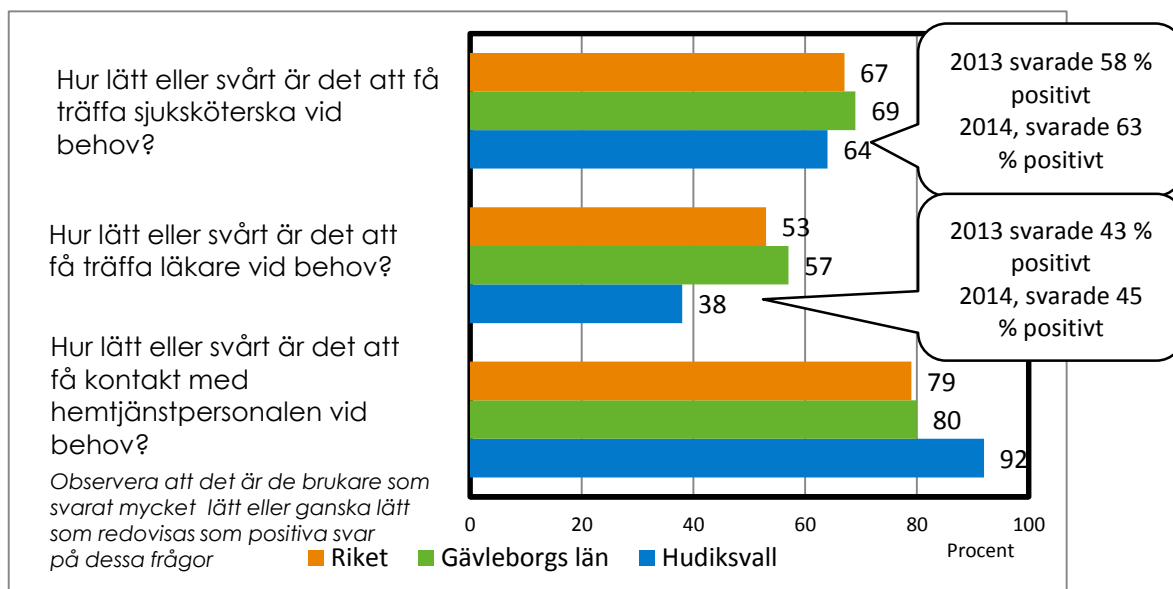
Primärvårdens läkare ansvarar för att alla får en årlig läkemedelsgenomgång.

|  | Snitt |
|--|-------|
| Antal personer med behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder.  | 97 %  |
| Andel personer vid enheten som har en namngiven kontakt med en legitimerad personal, den 1 april 2015.   | 95 %  |
| Andel personer med aktuell (ej äldre än sex månader) vårdplan den 1 april 2015.  | 72 %  |
| Andel personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende urinläckage den 1 april 2015. | 19 %  |
| Andel personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel den 1 april 2015.                          | 23 %  |
| Andel personer vid enheten, som fått en enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång under det senaste året (mellan 1 april 2014 - 1 april 2015).         | 50 %  |
| Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus ev. hemsjukvårdspatienter, vardagar.  | 0,04  |
| Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus ev. hemsjukvårdspatienter, helger.  | 0,09  |

### 13.5.2 Brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

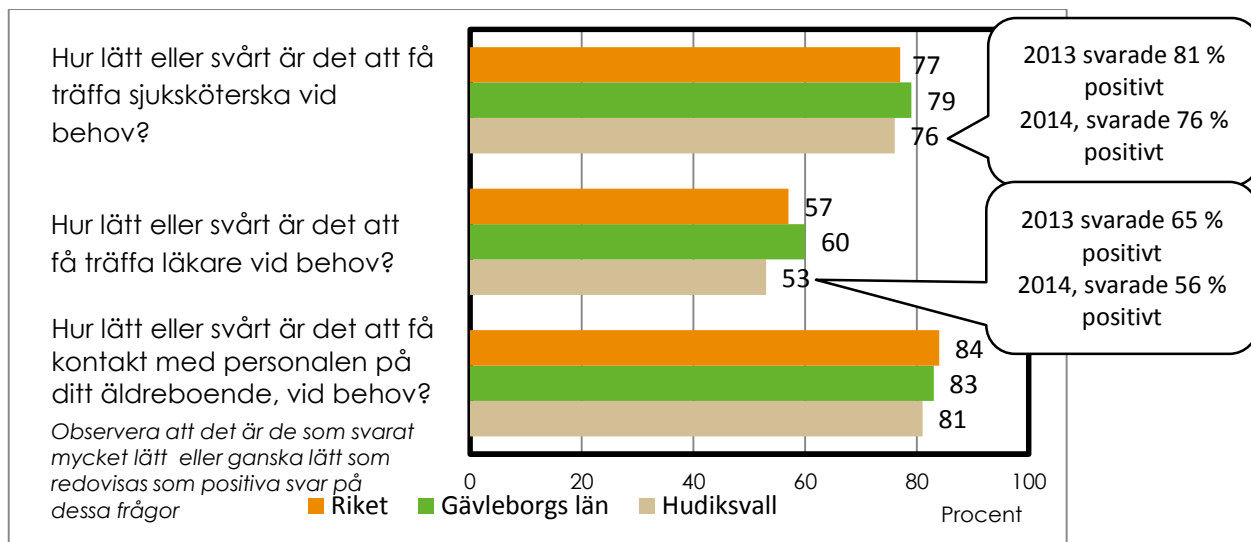
Det enda område där Hudiksvall har ett betydligt sämre resultat än riksgenomsnittet gäller tillgängligheten på läkare. Frågan har lyfts av verksamhetscheferna i dialog med region Gävleborg. Kvinnor tycker att det är något svårare att komma i kontakt med läkare än vad män tycker. Tillgängligheten på sjuksköterskor ligger även den under riksgenomsnittet. En närmare analys har visat att det finns stora geografiska skillnader när det gäller den upplevda tillgängligheten på läkare.

#### Hemtjänst





## Särskilt boende

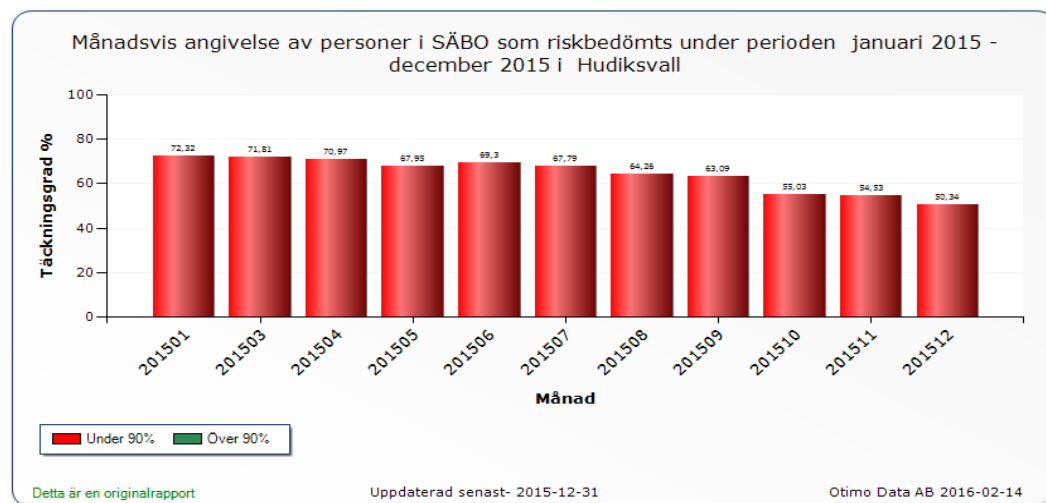


## 13.6 Kvalitetsregister

### 13.6.1 Senior alert

Personer som är 65 år och äldre och bor på särskilt boende för äldre, gruppboende samt inskrivna i hemsjukvården erbjuds riskbedömning för fall, trycksår och nutrition samt munhälsobedömning. Om personen har risk sätts åtgärder in vilka följs upp och utvärderas var tredje månad.

Även under 2015 har det varit en ansträngd situation för sjuksköterskorna, flera har slutat och bytt arbetsplats, vilket leder till bristande kontinuitet. Det har inneburit att den ökande trenden 2014 brutits och antalet riskbedömningar successivt minskat under 2015. Hemsjukvården har inte kommit igång med ett strukturerat arbetssätt för riskbedömningar.



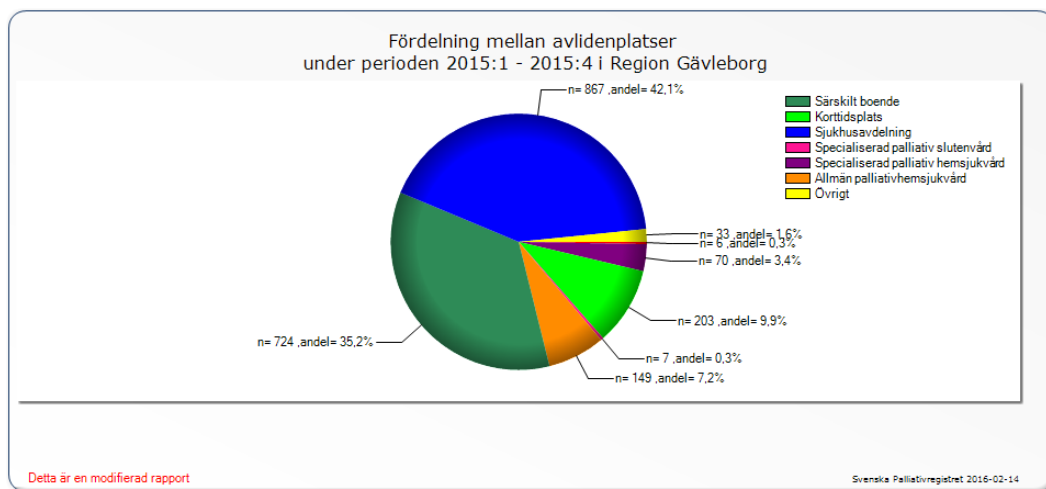
Uppföljning av att åtgärder har satts in och utvärderats för personer med risk följs upp varannan månad via statistik i Senior Alert.

|   | 2015 | 2014 |
|---|------|------|
| Antal riskbedömningar i särskilt- och ordinärt boende                       | 749  | 1075 |
| Antal riskbedömningar med risk  | 692  | 985  |
| Andel med åtgärdsplaner för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen | 87 % | 82 % |

### 13.6.2 Svenska palliativregistret – Hudiksvalls kommun/region Gävleborg

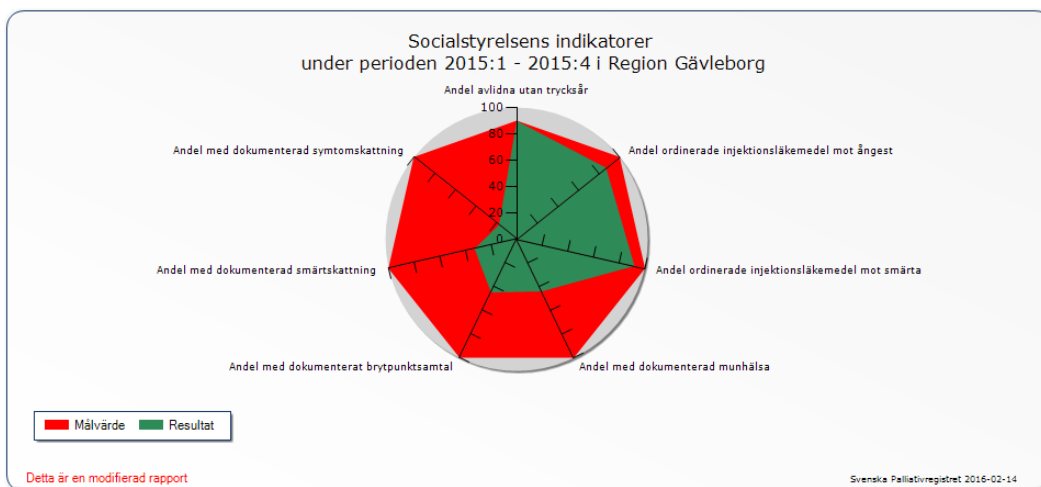
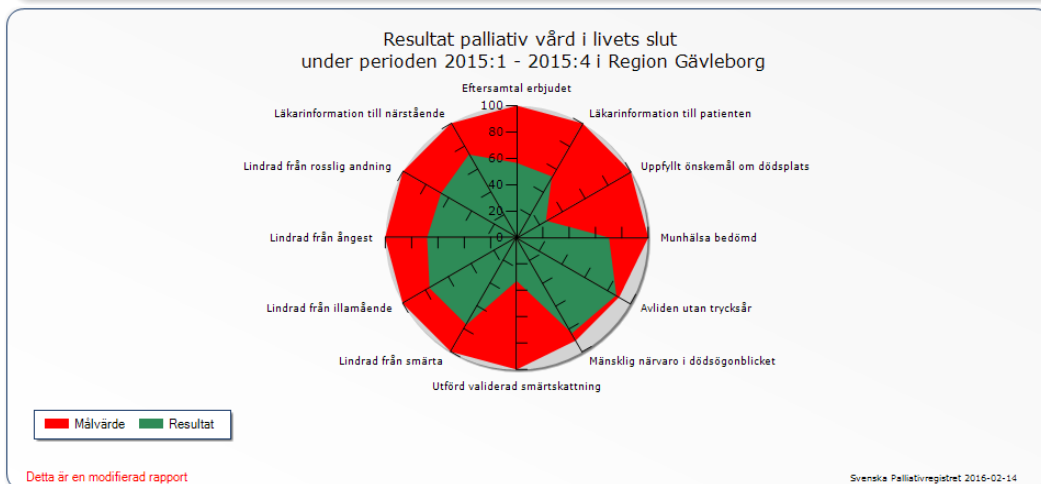
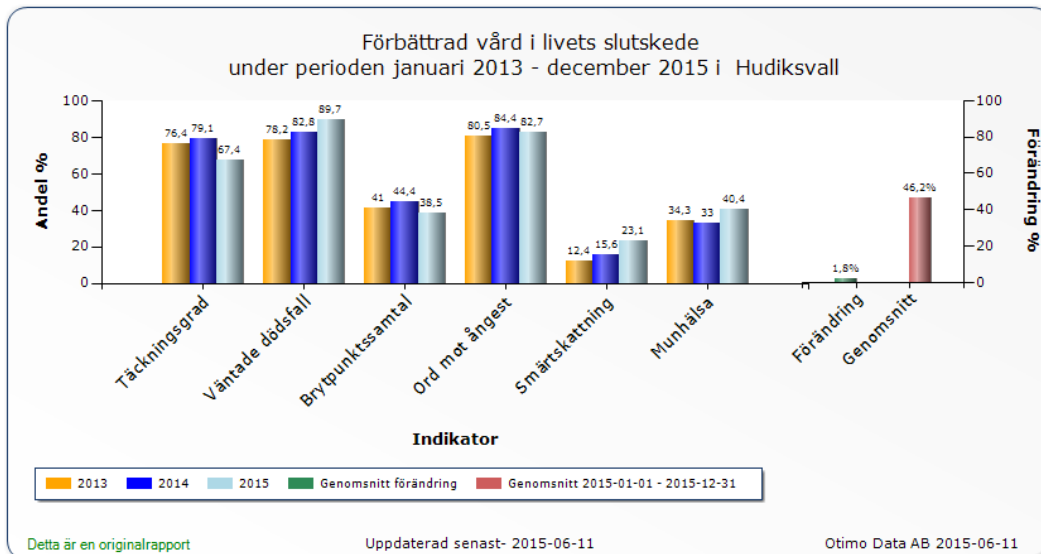
Registreringar i Svenska palliativregistret sker för Hudiksvalls kommun som geografiskt område. Det är därför svårt att se vilken vårdgivare som bör förbättra sig, då förutom Hudiksvalls kommuns även region Gävleborgs registreringar i primär- och slutenvård slås samman. Täckningsgraden i länet ligger 2015 67 %. En sänkning från 2014 års resultat.

Majoriteten avlider inom kommunens särskilda boenden, korttidsplatser, allmän- och specialiserad palliativ vård.



Förbättringsområden för 2016 är:

- Läkarinformation till patienten (brytpunktssamtal)
- Utförd validerad smärtskattning
- Munhälsobedömning
- Eftersamtal erbjudet



#### *Brytpunktssamtal*

Brytpunktssamtal är ett individuellt anpassat informerande samtal till vårdtagaren och närstående. Samtalet tydliggör att patienten befinner sig i livets slutskede, att patienten inte gagnas av livsförlängande terapier och att den fortsatta vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring.

Brytpunktssamtalet bör ledas av behandlingsansvarig läkare. Förutom patient och närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara vid detta samtal för att säkerställa kontinuiteten. En sänkning från 2014 ses.

#### *Smärtskattning*

Under 2013/2014 utbildades omsorgspersonal, enhetschefer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor i bedömningsinstrument för smärtskattning, Dolo Plus 2, Mobid Pain Scale 2 och VAS. Alla instrumenten är validerade. Det är ingen märkbar ökning i skattningar efter utbildningssatsningen.

#### *Munhälsobedömning*

Munhälsobedömning är en del i Senior alert. Tandhygienist har årligen utbildning i ROAG för omsorgspersonal och sjuksköterskor. En ökning sedan 2014 ses.

#### *Eftersamtal*

Kommunen har en rutin att erbjuda eftersamtal med förslag på punkter att tas upp vid samtalet. Att samtal har erbjudits dokumenteras i omvårdnadsjournalen. En ökning kan ses från 2014 års resultat.

Fortsatt uppföljning i Svenska palliativregistret.

### 13.6.3 BPSD registret

Detta är ett kvalitetsregister för personer med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom. Tre boenden: Helenedal, Frejagården och Ingsta, är anslutna till registret. Syftet är att med rätt omvårdnadsåtgärder få personer med beteendemässiga och psykiska symtom att må så bra som möjligt.

Innan enheten ansluts till registret ska omsorgspersonal, enhetschef och sjuksköterska gå en tvådagars utbildning.

Tunbacka och Tryggebo planerar att ha utbildning våren 2016 för att sedan ansluta sig till registret.

## 13.7 Punktprevalensmätning

I november 2015 genomfördes den andra nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT). Hudiksvalls kommun deltog med tre enheter; Tryggebo, Edshammar och Safiren. Två enheter genomförde mätningen.

| Enhet     | Antal inkluderade i mätningen | Antal med bekräftad infektion | Andel med bekräftad infektion % (riket 3 %) |
|-----------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Edshammar | 28                            | 1                             | 3   |
| Safiren   | 15                            | 0                             | 0   |

Tre gånger per år genomförs en lokal punktprevalensmätning av antalet trycksår. V.48/49 var resultatet.

|  | 2015      | 2014     | 2013      |
|--|-----------|----------|-----------|
| Trycksår uppkommit på boende/i hemsjukvård | 12        |          |           |
| Trycksår uppkommit på annan plats          | 13        |          |           |
| <b>Summa:</b>                              | <b>25</b> | <b>8</b> | <b>24</b> |

### 13.8 Hygien

Förvaltningen har ett avtal med Vårdhygien, region Gävleborg. Vårdhygiens övergripande mål är att förhindra smittspridning mellan vårdtagare samt mellan personal och vårdtagare. Verksamhetschefer och enhetschefer ansvarar för vilken hygienisk standard enheten har. Enheten för vårdhygien utbildar och ger råd angående hygieniska frågor till chefer, hygienombud och övrig personal av alla kategorier.

Vårdhygieniskt protokoll har gjorts på ett äldreboende.

En grundutbildning i Basala hygienrutiner för hygienombud och två fördjupningsutbildningar i mikrobiologi för sjuksköterskor har anordnats.

### 13.9 Nationell patientöversikten, NPÖ

Under 2014 började länets kommuner att använda den Nationella Patientöversikten.

Kommunerna är i nuläget konsumenter till den information som slutenvården och primärvården exporterar till NPÖ.

Det finns en gemensam grupp med deltagare från regionen och kommunerna som prioriterar vilken information från journalerna som ska överföras till NPÖ.

### 13.10 Utbildning

Utbildning i munhälsobedömning – ROAG – har getts till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som inte fått den tidigare.

Sjuksköterskor har deltagit i palliativ utbildning, inkontinensutbildning, psykisk ohälsa för äldre samt STRAMA.

Vårdpersonal har fått utbildning i Det friska åldrandet av kommunens Vård av äldre sjuksköterska.

## 14 Övergripande mål och strategier för kommande år

- Dokumentation – journalgranskning ska visa korrekt dokumentation i vård- och rehabplaner samt status.
- Implementering av avvikelsemodulen i Treserva – antalet avvikelser ska öka med 50 %.
- Senior alert – antalet riskbedömningar ska öka till 80 %.
- Svenska palliativregistret - läkarinformation till patienten (brytpunktssamtal), utförd validerad smärtskattning, eftersamtal erbjudet och munhälsobedömning ska öka till 80 %.

Hudiksvall 2016-02-26

Karin Wedin Papaztcheva

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

