



Hudiksvalls  
kommun

Dnr 2023-045-779

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Hudiksvalls kommun 2022



2023-02-27

Karin Wedin Papaztcheva  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Linnea Bastrup  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)



# SAMMANFATTNING

För att få en struktur som följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet har SKR:s nya mall för patientsäkerhetsberättelsen har använts.

Från hösten 2022 är hälso- och sjukvård ett eget verksamhetsområde med verksamhetschef HSL och tre enhetschefer. Ledningsgrupp HSL har under året slutfört SKR:s analysverktyg Patientsäkerhet. De identifierade insatser ledningsgruppen kom fram till ska under 2023 följas upp.

Pandemin har under året haft fortsatt stor påverkan på förvaltningens kvalitetsarbete. Dessutom har sjuksköterskeorganisationen bytt ut ca 50 % av sjuksköterskorna.

Som en del i en nationell inspektion kopplat till pandemin har under hösten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört inspektioner i kommunen. För att ta reda på om det finns förutsättningar att ge en patientsäker, god och säker vård för personer som bor på VÅBO har IVO genomfört journalgranskningar samt enkäter med patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och verksamhetsföreträdare.

Arbetet med målen för patientsäkerhetsarbetet har genomförts enligt plan, rutiner och riktlinjer har uppdaterats och nya har tagits fram under året. En stor förbättring ses inom Senior alert där andelen riskbedömningar har ökat markant, främst inom hemsjukvård.

Antalet registrerade fallavvikelser med och utan skada är fortsatt hög och analyser av det teambaserade arbetet kring fall på vård- och omsorgsboende visade bister i bland annat dokumentationen.

Ett antal händelser med saknade narkotikaklassade läkemedel har under året lett till en Lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Åtgärder som vidtagits är beställning av digitala medicinskåp med loggfunktion till VÅBO och planering införande av läkemedelsautomater i hemtjänsten. Dessutom planeras införande av digital signering vid administrering av läkemedel.

Lyckbacken och Edsbacka vård och omsorgsboende har under året varit pilotverksamhet för en antibiotikasmart äldre- och funktionshinderomsorg, Antibiotikasmart® Sverige, som leds av Folkhälsomyndigheten och RISE Research Institutes of Sweden med finansiering av Vinnova.

Under 2023 behöver fokus ligga på en fungerande teamsamverkan på alla enheter, dessutom behöver förvaltningen fortsatt arbeta med omställningen till en Nära vård i samverkan med hälsocentraler och specialistsjukvård.

# Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	2
1. Inledning .....	7
2. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	8
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	8
2.1.1 Övergripande mål och strategier .....	8
Nämndens mål och indikatorer 2022.....	8
Internkontroll 2022.....	8
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2022 .....	9
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2022.....	9
Egna mål och strategier 2022.....	9
Nya författningar inom hälso- och sjukvård.....	12
2.1.2 Organisation och ansvar .....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Informationssäkerhet .....	15
2.2 En god säkerhetskultur .....	15
Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.....	15
Avvikelser.....	16
Delegering.....	16
Dokumentation .....	16
Egenkontroll.....	17
Hjälpmedel.....	18
Informationsöverföring .....	18
Kompetensförsörjning .....	18
Ledningssystem .....	18
Läkemedel.....	19
Nationella läkemedelslistan (NLL)/Förskrivningskollen.....	19
Nationell patientöversikt (NPÖ) .....	19
Riskbedömningar/Kvalitetsregister .....	19
Skyddsåtgärder.....	19
Teamsamverkan .....	19

Riskanalys.....	20
2.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	20
Prioriterade utbildningar 2023 .....	20
2.4 Patienten som medskapare .....	21
3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	22
Nämndens mål och indikatorer 2022.....	22
Egna mål och strategier 2022.....	23
Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering.....	25
Teamsamverkan .....	26
Skyddsåtgärder.....	26
Aktivitets- och funktionsbedömning .....	28
Förskrivarutbildning - hjälpmedel .....	29
Uppföljning av lyftselar.....	29
Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt hjälpmedel .....	29
Internkontroll .....	30
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	31
Händelser och vårdskador.....	31
Vårdskador - Trycksår.....	32
Vårdskador - KAD/UVI behandling .....	33
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	34
Läkemedelsgenomgångar.....	34
Kvalitetsregister.....	34
Senior alert .....	35
Svenska palliativregistret .....	37
Demensteamet.....	39
BPSD registret.....	40
Stjärnmärkt.....	43
Svedem (Svenska demensregistret) .....	44
Basala hygienrutiner och klädregler.....	44
Vårdhygienisk egenkontroll.....	47
Hygienrond.....	49
Självskattning.....	49

PPM-HALT .....	49
3.3 Säker vård här och nu.....	51
3.3.1 Riskanalys.....	51
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	52
Lex Maria .....	52
Strukturerad journalgranskning.....	52
3.4.1 Avvikelser.....	53
Fallprevention.....	56
3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm.....	56
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	57
Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	58
Informationssäkerhet .....	58
Kontinuitetsplan .....	59
Strukturerade loggkontroller (gäller hela förvaltningen) .....	59
Hemsjukvård i ordinärt boende.....	60
4. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	61
Nämndens mål och indikatorer 2023.....	61
Internkontroll 2023.....	61
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2023 .....	62
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2023.....	62
Egna mål och strategier 2023 .....	62
Egna mål 2023.....	62
Egna strategier 2023.....	64
Framtida utmaningar .....	65



# 1. Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse, se [Patientsäkerhetsberättelse | SKR](#)

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



## 2. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



#### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

En samlad analys redovisas under Nämndens mål och indikatorer, se sid.22

#### Nämndens mål och indikatorer 2022

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter

**Mål: Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet**

***Indikator:** Andel personer med HSV/VÅBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring) - mål 85 %*

**Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter**

***Indikator:** Andelen enheter som har 100% följsambet till basala kläd- och hygienrutiner, VÅBO – mål 100 %*

#### Internkontroll 2022

- Hantering av personuppgifter i verksamhetssystem säkras genom loggkontroller - Genomförs och återrapporteras loggkontroller i enlighet med rutin?
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Hur stor andel av de prioriterade rekommendationerna (prio 1–2) uppfyller förvaltningen?
- Systematiskt arbete med avvikelser - Slutförs avvikelser inom två månader med dokumenteras åtgärder?



## Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2022

- Inga nya projekt startas upp som inte är kostnadsneutrala och kan leda till förbättrad och effektivare verksamhet

## Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2022

- Säkrad kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor

## Egna mål och strategier 2022

En samlad analys redovisas under Egna mål och strategier, se sid.23

Egna mål 2022

Utifrån nämndens mål: **Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet samt Ökad kvalitet i våra verksamheter**

### Teamsamverkan

***Indikator:** Alla enheter har genomfört minst 2 omvårdnadsträffar per termin med deltagande av legitimerad personal - mål 100%*

### Fallprevention

***Indikator:** Alla enheter meddelar arbetsterapeut och fysioterapeut när avvikelser gällande fall har registrerats - mål 100%*

### Läkemedel

***Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 50 %*

### Kvalitetsregister

***Indikator:** Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk - mål 100 %*

***Indikator:** Andel registrerade risker för blåsdysfunktion i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk – mål 100 %*

***Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 90 %*

***Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 %*

***Indikator:** Andel NPI poäng (Neuro Psychiatric Inventory) vid senaste mätningen i BPSD-registret - mål lägre än 13 poäng*

## Hygien

**Indikator:** Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler) inom äldreomsorg och funktionsnedsättning - mål 100 %

## Dokumentation

**Indikator:** Andel legitimerad personal som genomfört kollegial journalgranskning - mål 75 %

## Förskrivningsrätt

**Indikator:** Andel legitimerade arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webb utbildning Förskrivnarutbildning hjälpmedel - mål 100 %

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivnarutbildning inkontinenshjälpmedel - mål 100 %

## Skyddsåtgärder

**Indikator:** Andel personer med samtycke till skyddsåtgärd - mål 100 %

**Indikator:** Andel genomförda riskanalyser innan insättande av skyddsåtgärd - mål 100 %

## Rehabilitering

**Indikator:** Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått bedömning av arbetsterapeut - mål 100 %

**Indikator:** Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått bedömning av fysioterapeut - mål 100 %

**Indikator:** Andel personer inskrivna i HSV med åtgärd av arbetsterapeut - uppföljning

**Indikator:** Andel personer inskrivna i HSV med åtgärd av fysioterapeut - uppföljning

## Hjälpmedel

**Indikator:** Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 %

**Indikator:** Andel enheter som följer rutin för handhavande av lyft - mål 100 %

**Indikator:** Andel omvårdnadspersonal (månads- och timvikarier) via rekryterings-enheten som genomfört webb utbildning om hjälpmedel – mål 100 %

## Egna strategier 2022

### Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig	Status
Arbeta strukturerat med SKR:s patientsäkerhetsverktyg - Nulägesanalys - Identifiera utmaningar - Prioritera insatser - Skapa samsyn kring styrkor och förbättringsområden	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Pågående arbete
Rutiner och riktlinjer uppdateras vid behov. Nya rutiner och riktlinjer tas fram vid behov.	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Pågående arbete
Utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud. Utse arbetsterapeut och fysioterapeut med ansvar att utbilda rehabombud.	VC/EC	Pågående arbete
Fastställd utbildningsplan för utbildning inom förflyttningsteknik och handhavande av lyft.	VC HSL	Pågående arbete
Rutin för periodisk inspektion av lyftsele	EC rehab-enheten, MAR	
Kollegial journalgranskning ska utföras enligt rutin.	EC HSL/ dok. stödjare	Pågående arbete
Avvikelse rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelse, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Skapa god vårdhygienisk standard genom att aktivt arbeta med hygienfrågor t ex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC	Pågående arbete
Utbildning till certifierad utbildare i BPSD	VC	Under våren -22
Utse Senior alert stödjare	VC	
Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt	VC	

#### Ansvar

- Enhetschef ansvarar för hög följsamhet till föreskrifter, riktlinjer och rutiner.
- Enhetschef med hög andel avvikelser behöver göra riskanalys och se över enhetens rutiner för att öka patientsäkerhet och förhindra att det händer igen.
- Introduktionsplan för leg personal ska vara aktuell, gås igenom av utsedd person som är ansvarig för introduktionen samt följas upp av enhetschef.

#### Samverkan

- Teamarbete enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal för att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet för dem vi är till för.

#### Kvalitetsförbättrande åtgärder

- Patientsäkerhetsperspektiv i förvaltningen

- Enhetsutvecklare HSL med avsatt tid för att bistå enhetschefer i förbättringsarbete så att verksamheten når de uppsatta målen inom patientsäkerhetsområdet.
- Senioralertstödjare med avsatt tid för att förbättra arbetet med riskbedömningar.
- Utbildning i smärtskattning och munhälsobedömning
- Börja riskbedöma och registrera blåsdysfunktion i Senior alert. Webb-utbildning förskrivning av förbrukningsartiklar genomförs av samtliga sjuksköterskor.
- Fortsatt arbete med basal hygien och klädregler.

#### Framtida utmaningar

- Att få till en välfungerande teamsamverkan på alla enheter för att skapa en helhetssyn och på så vis ge bästa möjliga vård och omsorg.
- Rekrytering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
- Förändrat arbetssätt vid införande av digitaliserade lösningar.
- Förskjutning av hälso- och sjukvård från den slutna vården till den primära vården, både regionens hälsocentraler och den kommunala hälso- och sjukvården.

### Nya författningar inom hälso- och sjukvård

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verk samheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44 - trädde i kraft 1 november 2022)
- Lag (2022:1250) om egenvård – trädde i kraft 1 januari 2023
- Lag (2022 :913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – trädde i kraft 1 januari 2023

#### 2.1.2 Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, 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 (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att skriva patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars årligen samt att utreda och anmäla Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har anmälningsplikt till Läkemedelsverket enligt HSLF FS 2021:52 gällande medicintekniska produkter.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), ska säkerställa att patientens behov av säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för uppföljning och egenkontroll samt att riktlinjer och rutiner för god patientsäkerhet och kvalitet finns till exempel rutiner för läkarkontakt, avvikelser,

lex Maria, dokumentation, läkemedelshantering, medicintekniska produkter och delegering.

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

Verksamhetschef ansvarar för att förvaltningsövergripande analyser genomförs.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Omvårdnadspersonal som utför uppgift på delegering räknas då som hälso- och sjukvårdspersonal.

Regelbunden samverkan med regionens chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, och patientnämnden.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan på olika nivåer genomförs för att säkerställa patientsäkerheten vid byte av vårdnivå. Länsgemensamma överenskommelser finns.

Förvaltningschef har regelbundna möten med övriga kommuner vid Socialchefsträffar samt med regionen i Länsledning.

Länets MAS/MAR träffas regelbundet för att få en samsyn kring patientsäkerhetsarbetet i länets kommuner. Sedan 2020 har länets MAS/MAR haft regelbundna möten med länets smittskydd och vårdhygien, i dagsläget varannan vecka.

Verksamhetschefer från primärvården, vårdenhetschefer från slutenvården samt kommunens verksamhetschef HSL, MAS, MAR träffas varje termin och samverkar kring gemensamma frågor.

Vårdkoordinatorer (slutenvård, primärvård, kommun), socialsekreterare, MAS och MAR träffas varje termin och samverkar kring gemensamma frågor, främst kring utskrivningsprocessen.

Länets kommuner och Region Gävleborg har gemensam hjälpmedelssamordnare och länets kommuner har ett avtal gällande hjälpmedel med Hjälpmedel SAM.

Gemensam hjälpmedelsgrupp i länet, där MAR ingår, träffas varje kvartal för gemensam översyn av hjälpmedelsrutin samt förskrivningskriterier.

Rehab Norra Hälsingland (kommunerna, hälsocentralerna och specialistvården) har regelbundna samverkansmöten varje termin.

Enhetschefer HSL i Hälsingland träffas regelbundet.

Kommunens koordinator, arbetsterapeut, fysioterapeut, enhetschefer HSL, MAS och MAR träffas regelbundet kring frågor om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

Social- och omsorgsförvaltningen tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på vård och omsorgsboenden och i hemsjukvård.

Avtal finns om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg.

Regionens mobila sjukvårdsteam är ett bra stöd till den kommunala hälso- och sjukvården då allt fler personer med avancerade vårdbehov vårdas i hemmet.

Förvaltningen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg. Två gånger årligen träffas länets MAS/MAR och hygiensjuksköterskor. Hudiksvalls kommun har tillgång till hygiensjuksköterska 14 dagar per år. Under dessa dagar kan hygienronder och utbildningar genomföras.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd. Årligen träffas länets MAS/MAR och representanter för Patientnämnden.

Avtal finns med regionens Tandvård. Samverkan sker lokalt med MAS och enhetschefer på vård och omsorgsboende samt med länets MAS vid behov. En samverkansgrupp för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård enligt överenskommelse mellan kommunerna och regionen träffas varje termin.

Avtal finns med regionens Läkemedelsenhet så att en farmaceut medverkar vid den årliga kvalitetsgranskningen gällande läkemedelshantering. Hudiksvalls kommun har tillgång till farmaceut 8 dagar/år.

Länets MAS/MAR har regelbundna träffar med primärvårdens chefsläkare varannan vecka.

Hudiksvalls kommuns MAS representerar länets kommuner i styrgruppen för STRAMA Gävleborg (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Lyckbacken och Edsbacka vård och omsorgsboende har under året, tillsammans med tre andra kommuner, varit pilotverksamhet för en antibiotikasmart äldre- och funktionshinderomsorg, Antibiotikasmart® Sverige som leds av Folkhälsomyndigheten och RISE Research Institutes of Sweden med finansiering av Vinnova. Antibiotikasmart® Sverige är ett initiativ för att engagera hela samhället i att nå en framtid där verksamma antibiotika ska fortsätta finnas tillgängliga både för oss och för kommande generationer.

MAS deltar i programråd för vård och omsorgscollege Hudiksvall/Nordanstig.

MAR sitter med i länets hjälpmedelsgrupp och är Hälsinglands representant i länets LAG (lokal arbetsgrupp) Rehabilitering.

MAS är länets representant i LAG Primärvård.

När behov uppstår bistår regionens kliniska träningscentrum KTC med utbildning.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Enligt 3 kap. 6 § (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, ska vårdgivaren utse en eller flera personer som ska leda och samordna informationssäkerhetsarbetet. Den som utses ska minst en gång om året sammanställa information om arbetet till vårdgivaren.

Kommunen har en Informationspolicy samt en sida om informationssäkerhet. Där framgår att ” Varje nämnd och varje verksamhet ansvarar för informationssäkerheten inom sitt område. Det kan till exempel vara att göra risk- och sårbarhetsanalys, göra kontinuitetsplanering och se till att det finns bra rutiner.”

Förvaltningen har en Krisplan och HSL-verksamheterna en ”Kontinuitetsplan för hälso- och sjukvård”.

I ledningssystemet finns rutiner för ”Hantering av skyddade personuppgifter, rutin” ”Loggkontroller verksamhetssystem, rutin” samt rutiner under ”Dataskyddsförordningen (GDPR)”.

En samlad analys redovisas under rubriken Informationssäkerhet, se sid.58

## 2.2 En god säkerhetskultur

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Under 2022 har arbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:



## Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

En nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen genomfördes under 2022 av Ledningsgrupp HSL med stöd av SKR:s analysverktyg.

Målet var att få ett underlag för att utforma en lokal plan för ökad patientsäkerhet genom att identifiera utmaningar för en säker vård samt hitta områden där det saknas information om nuläget. Detta för att stärka kommunens patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.

Arbetet utmynnade i en handlingsplan som ligger till grund för fortsatta prioriteringar av förbättringsområden.

## Avvikelser

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och utredare går igenom alla avvikelser, sammanställer till tertialrapport samt ger stöd till enhetschefer i analysarbetet vid behov.

Avvikelser registreras i Treserva och Synpunkter, klagomål och beröm inkommer elektroniskt, muntligt eller på papper. Åtgärder ska vidtas på enheten där händelsen har ägt rum.

Återkoppling ska ske i personalgrupp och på ledningsnivå för att få ett lärande i organisationen.

## Delegering

En teoretisk basutbildning genomförs för nyanställd omvårdnadspersonal.

Webutbildning i läkemedelshantering genomförs av samtliga innan delegering.

Sjuksköterska på enheten har därefter en praktisk utbildning och går igenom lokala rutiner samt registrerar delegering i Treserva.

För att säkerställa att delegeringar sker på ett sätt som uppfyller kraven på en god och säker vård finns rutiner att följa för legitimerad personal.

## Dokumentation

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar händelser i vårdprocesser enligt ICF (funktionstillstånd) och KVÅ (vårdåtgärder) i Treserva patientjournal.

En dokumentationsgrupp finns bestående av sjuksköterskor från respektive område, arbetsterapeut, fysioterapeut, systemförvaltare HSL, EC HSL samt MAS och MAR med mötesfrekvens är var sjätte vecka. Syftet är att diskutera och fatta beslut om övergripande dokumentationsfrågor. De som har rollen som dokumentationsstödjare i gruppen har bland annat som uppgift att utbilda kollegor och utföra kollegial granskning. Systemförvaltare testar ändringar regelbundet inför uppdateringar och har vid behov kontakt med systemägaren CGI. De uppdaterar också journalsystemet vid behov utifrån Socialstyrelsens ändringar i ICF och KVÅ.

Kommunen levererar uppgifter till Socialstyrelsen, registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Antalet har varit i snitt runt 950 personer per månad.

Kommunen levererar också uppgifter om patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal, KVÅ samt uppgift om vilket datum som åtgärden utfördes. Rapportering av antal personer med vårdåtgärder har genomförts varje månad till Socialstyrelsen och legat på i snitt 562 personer med 1938 vårdåtgärder.



## Egenkontroll

Egenkontroller genomförs av MAS/MAR.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Synpunkter, klagomål och beröm	3 gånger per år	Synpunktshanteringssystemet IVO Patientnämnden
Kvalitetsregister	3 gånger per år	Senior alert-registret Svenska palliativregistret BPSD-registret/SveDem
Vårdskador: Trycksår, kateter (KAD) och urinvägsinfektion (UVI)	2 gånger per år	Enkät
Hygienronder	Löpande	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-BHK v.11–12 PPM-HALT v.46–47 Vårdhygienisk egenkontroll Självskattning
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll Extern kvalitetsgranskning
Dokumentation	1 gång per år Löpande under året	Kollegial journalgranskning Strukturerad loggkontroll
Förskrivartutbildning - hjälpmedel	1 gång per år	Enkät
Uppföljning av lyftselar	1 gång per år	Enkät
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Enkät
Nybesök av arbetsterapeut och fysioterapeut på VÅBO	Löpande under året	Enkät

Teamsamverkan omvårdnadsträff	1 gång per år	Enkät
----------------------------------	---------------	-------

Resultat presenteras under Agera för säker vård, se sid.22

## Hjälpmedel

Organisationen kring hjälpmedel har sedan 2020 en regional hjälpmedelssamordnare som arbetar för samordning av hjälpmedelsfrågor för länets kommuner och Region Gävleborg. Hjälpmedelsrådet hanterar övergripande hjälpmedelsfrågor och i detta ingår hjälpmedelssamordnaren. I länet finns även en hjälpmedelsgrupp där MAR ingår som representant. Hjälpmedelsgruppens huvuduppdrag är den gemensamma hjälpmedelshandboken. Under 2022 har bland annat de länsövergripande rutinerna för hjälpmedel reviderats.

Kommunen har en arbetsgrupp som diskuterar hjälpmedelsfrågor. I denna ingår 3 arbetsterapeuter, verksamhetschef HSL, MAR och enhetschef rehabenheten.

Utbildningsplan kring förflyttningar och handhavande av lyft finns för all omvårdnadspersonal vid vård och omsorgsboenden samt hemtjänst.

## Informationsöverföring

Lifecare SPU/Lifecare SIP är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård samt samordnad individuell plan. Används för kommunikation mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård samt socialsekreterare. Länsgemensam överenskommelse finns.

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos regioner, kommuner och privata vårdgivare i hela landet. Hudiksvalls kommun är konsumenter, vi producerar inte journalanteckningar från den kommunala patientjournalen.

Nationella läkemedelslistan/Förskrivningskollen gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av ordinerade läkemedel.

## Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning av legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor är en utmaning. Ständigt pågående rekryteringsarbete utförs för att säkra kontinuiteten då den är en av förutsättningarna till möjlighet att följa upp verksamheten.

## Ledningssystem

Verksamheten jobbar utifrån ledningssystemet ”Så här jobbar vi”. Riskanalyser och egenkontroller genomförs. Processer, riktlinjer och rutiner ses regelbundet över, nya tas fram och befintliga revideras vid behov.

Nya lagar, föreskrifter, riktlinjer, rutiner går igenom vid MAS/MAR träffar med legitimerad personal.

## **Läkemedel**

Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens definition genomförs av läkare i samarbete med sjuksköterskor på boenden och i hemsjukvården. Primärvården ansvarig. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs av MAS årligen.

## **Nationella läkemedelslistan (NLL)/Förskrivningskollen**

Via förskrivningskollen kan legitimerad personal att med patientens samtycke se förskrivna och uthämtade läkemedel och andra varor som lämnas ut på apotek. Informationen kommer från registret Nationella läkemedelslistan.

Samtycke ska inhämtas vid inflytt på vård och omsorgsboende samt i samband med inskrivning i hemsjukvård.

## **Nationell patientöversikt (NPÖ)**

NPÖ gör det möjligt för legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos annan vårdgivare.

Samtycke ska inhämtas vid inflytt på vård och omsorgsboende samt i samband med inskrivning i hemsjukvård.

## **Riskbedömningar/Kvalitetsregister**

Senior alert, BPSD och SveDem används för att strukturera jobba med riskbedömning på individnivå.

Palliativregistret används för att följa upp vård i livets slut.

## **Skyddsåtgärder**

Rutin kring skyddsåtgärder finns som stöd för att verksamheterna ska arbeta systematiskt så att skyddsåtgärder undviks så långt som möjligt och att otillåtna tvångs-/begränsningsåtgärder inte förekommer.

Riskbedömningsmallar har tagits fram och finns nu i journalsystemet för att stödja legitimerad personal och SoL-personal i arbetet med riskbedömningar

Egenkontroll av de skyddsåtgärder som förekommer på vård och omsorgsboenden inom äldreomsorg samt gruppboenden inom funktionsnedsättning genomförs två gånger per år av enhetschef.

## **Teamsamverkan**

Enligt kommunens rutin *Omvårdnadsträff/ Teamträff* ska enhetschef för vård och omsorgsboende och hemtjänst sammankalla teamet, bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut, minst två gånger per termin, i syfte att ta tillvara teamets kunskaper och ge förutsättningar för

gemensamt synsätt och samordning av insatser för att tillgodose patientens behov och önskemål på bästa sätt.

## Riskanalys

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

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 ska göras inför skyddsåtgärder, större förändringar i organisationen, inför sommaren och om man ser andra risker på lokal eller övergripande nivå.

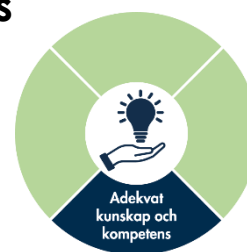
En samlad analys redovisas under rubriken Säker vård här och nu – Riskanalys, se sid.51

## 2.3 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.

Ett förbättringsområde i förvaltningen är att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens genom bemanningssamordnare som är fokuserad på de specifika verksamheterna.



### Prioriterade utbildningar 2023

Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning. Prioriteringar för att upprätthålla en god kvalitet och för att säkerställa patientsäkerheten i Hudiksvalls kommun är:

Interna och externa utbildningar – legitimerad personal

- Dokumentation
- BPSD/Demens
- Smärtskattning
- Munhälsobedömning
- Hygien
- WebbStrokeKompetensUtbildning
- Förflyttningsteknik
- Palliativ vård
- Sårvård
- Handledarutbildning

Webbutbildningar – legitimerad personal ska ha genomfört utbildningarna:

- Läkemedelshantering
- Diabetes
- Förskrivning av förbrukningsartiklar
- Förskrivning av hjälpmedel
- Basala hygienrutiner och vårdhygien
- Senior alert
- Demens ABC, ABC+
- Palliation ABC
- Sepsis

Ansvarsområden

Dokumentationsstödjare, sår ansvarig, diabetessköterska, hygienombud, demenssjuksköterska/arbetsterapeut, palliativ vård, smärta, huvudhandledare för studenter, systemförvaltare, medicintekniska produkter.

## 2.4 Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Vid inflytt till vård och omsorgsboende får personen/närstående en infobroschyr med tips på lämplig möblering, mattor, belysning och skor för att boendemiljön ska vara trygg och säker samt för att minska risken för fall.

Vårdplanering/Samordnad individuell planering (SIP) görs vid behov vid utskrivning från slutenvård, ankomst till tillfällig vistelseplats, inskrivning i hemsjukvård i samarbete med primärvården, vid inflytt på vård och omsorgsboende samt vid förändrade vårdbehov.

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

Det är sällan patient och/eller deras närstående är delaktiga i utvecklingsarbeten.

### 3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

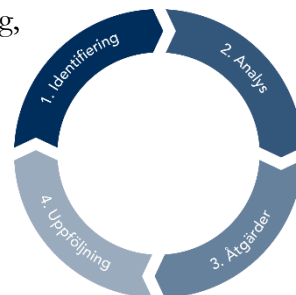
Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroller och händelseanalyser återkopplas till verksamheten i Tertialrapporten, MAS/MAR träffar och i vissa fall till enheten.

Genomförda egenkontroller och Lex Maria redovisas för ledningsgrupp SOM varje tertial i Tertialrapport HSL samt i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.

Avvikelser, loggkontroller och Lex Maria redovisas för nämnd varje tertial.

Resultat ska tas upp i ledningsgrupper och på APT för att få ett lärande och kunskap i verksamheterna enligt *Modell för arbete med ständiga förbättringar* i kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: Så här jobbar vi [Förbättrande åtgärder i verksamheten - Hudiksvalls kommuns intranät](#)



#### Nämndens mål och indikatorer 2022

Mål: Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet

Indikator	2019	2020	2021	2022	Mål 2022
Andel personer med HSV/VÅBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)	44,1 %	46,5 %	36,8 %	64,3 %	85 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.35

Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter

Indikator	2019	2020	2021	2022	Mål 2022
Andelen enheter som har 100 % följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, VÅBO	33 %	47,8 %	77,8 %	70,4 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer - PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler), se sid.44

## Egna mål och strategier 2022

Mål och strategier för kommande år se sid.61

Mål: 100 % av personer med risk ska ha minst en åtgärd planerad inom varje riskområde i Senior Alert

Indikator	2020	2021	2022	Mål 2022
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	93 %	91 %	83 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.35

Mål: 100 % av nyinflyttade personer på vård och omsorgsboende har fått en aktivitets- och funktionsbedömning

Indikator	2020	2021	2022	Mål 2022
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	25,9%	91,9%	97%	100 %
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	45,5%	86,7%	77%	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Agera för säker vård – Aktivitets- och funktionsbedömning, se sid.28

Mål: Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet

### Läkemedel

**Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 50 % **Resultat: 52 %**

**Indikator:** Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - mål 50 % **Resultat: 100 %**. **Samtliga enheter har fått besök av MAS och farmaceut från Läkemedelsenheten.**

### Kvalitetsregister

**Indikator:** Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk - mål 100 % **Resultat: 83 %**

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 90 % **Resultat: 26,1 %**

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat: 33,1 %**

**Indikator:** Andel NPI poäng (Neuro Psychiatric Inventory) vid senaste mätningen i BPSD-registret - mål lägre än 13 poäng **Resultat: 17 poäng**

## Hygien

*Indikator: Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler) - mål 100 %* **Resultat: 70,4 %**

## Dokumentation

*Indikator: Andel legitimerad personal som genomfört journalgranskning - mål 75 %* **Resultat: Journalgranskning har genomförts av 23 av 26 fysioterapeuter och arbetsterapeuter (88 %). 9 enheter av 18 på VÅBO (50 %) och ingen i HSV/Trygg hemgång/natt (0 %) har genomfört journalgranskning under 2022.**

## Förskrivningsrätt

*Indikator: Andel legitimerade arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webb utbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %* **Resultat: 100 %**

*Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivning av förbrukningsartiklar - mål 100 %* **Resultat: ca. 10 %**

## Hjälpmedel

*Indikator: Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 %* **Resultat: 93 %**

*Indikator: Andel enheter som följer rutin för handhavande av lyft - mål 100 %* **Resultat: Ingen uppföljning under året.**

*Indikator: Andel omvårdnadspersonal (månads- och timvikarier) via rekryteringsenheten som genomfört webb utbildning om hjälpmedel - mål 100%* **Resultat: 0%, kommunen har inte längre något avtal med systemet som levererade utbildningarna**

## Egna strategier 2022

### Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig	Status
Arbeta strukturerat med SKR:s patientsäkerhetsverktyg - Nulägesanalys - Identifiera utmaningar - Prioritera insatser - Skapa samsyn kring styrkor och förbättringsområden	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Utfört
Rutiner och riktlinjer uppdateras vid behov. Nya rutiner och riktlinjer tas fram vid behov.	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Pågående arbete
Utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud. Utse arbetsterapeut och fysioterapeut med ansvar att utbilda rehabombud.	VC/EC	Pågående arbete
Fastställd utbildningsplan för utbildning inom förflyttningsteknik och handhavande av lyft.	VC HSL	Pågående arbete
Rutin för periodisk inspektion av lyftsela	EC rehab-enheten, MAR	Pågående arbete
Kollegial journalgranskning ska utföras enligt rutin.	EC HSL/ dok. stödjare	Pågående arbete
Avvikelser rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	Pågående arbete



Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelser, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Skapa god vårdhygienisk standard genom att aktivt arbeta med hygienfrågor t ex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC	Pågående arbete
Utbildning till certifierad utbildare i BPSD	VC	Utfört
Utse Senior alert stödjare	VC	Pågående arbete
Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt	VC	Ej påbörjat

## Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

I mitten av februari lämnades protokoll för egenkontroll av läkemedelshantering ut till sjuksköterskorna via enhetschef HSL av MAS.

15 av 22 enheter hade fram till v.11 skickat tillbaka protokollet för egenkontrollen. Svar saknas från: Håsta, Tunbacka, Rosenberg, Funktionsnedsättning 1, Funktionsnedsättning 2, Socialpsykiatri, Hemsjukvård Delsbo/Bjuråker/Svågadalen/Norrbo.

13 av 22 enheter har lämnat en aktuell Lokal arbetsordning. Håsta, Tunbacka, Forsgården, Rosenberg, Funktionsnedsättning 1, Funktionsnedsättning 2, Socialpsykiatri, Hemsjukvård Iggesund/Njutånger/Enånger Forsa/Näsviken, Hemsjukvård Delsbo/Bjuråker/Svågadalen/ Norrbo.

Under året har MAS tillsammans med leg. farmaceut från Region Gävleborg genomfört externa kvalitetsgranskningar enligt länsövergripande avtal vid samtliga enheter.

Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg samt andra dokument som rör läkemedelshantering är reviderad februari 2022. Enhetschef ansvarar för att de av MAS upprättade rutinerna följs samt att åtgärder efter granskningar åtgärdas.

### Förbättringsarbete Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

Åtgärder som ska genomföras är:

- narkotikakontroll varje månad
- utse ny narkotikakontrollant när någon slutar
- kontroll och dokumentation av temperatur i kyl och rum där läkemedel förvaras ska genomföras och finnas beskrivet i den lokala arbetsordningen
- lokal arbetsordning ska vara känd och följas av omvårdnadspersonal och sjuksköterskor
- namn- och signaturlista ska finnas
- årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar

- daglig kvittering av nycklar till läkemedelsrum/skåp
- översyn och hållbarhetskontroll av läkemedelsförråd varje månad
- regelbundet byta kod till kodlås
- avvikelser ska skrivas om läkemedelsordinationer är otydliga samt vid fel i vårdens övergångar

### Övrigt

Svinn/stöld av läkemedel har upptäckts på några enheter under året. Avvikelse har registrerats och åtgärder har vidtagits enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Rutin för saknade narkotikaklassade läkemedel finns och följs.

### Teamsamverkan

För att undersöka följsamhet till rutinen genomfördes egenkontroll i juni där arbetsterapeuter och fysioterapeuter fick svara ja/nej på frågan: Har enheten genomfört minst två omvårdnadsträffar, som du varit inbjuden till, sedan 1 januari i år?

På vård och omsorgsboende hade två omvårdnadsträffar genomförts på samtliga enheter utom Ingsta.

I hemsjukvården hade omvårdnadsträffar genomförts för Södra, Iggesund, Njutånger, Delsbo, Bjuråker, men inte i Enånger, Forsa, Näsviken/Norrbo eller Svågadalen. Norra, Östra och Västra är oklart om Teamsamverkan genomförts.

### Skyddsåtgärder

För att säkerställa att skyddsåtgärder undviks så långt som möjligt och att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder ej förekommer i verksamheterna genomförs egenkontroll av förekommande skyddsåtgärder enligt rutin Skyddsåtgärder. Egenkontroll utförs av EC för vård och omsorgsboenden samt gruppboendestäder inom funktionsnedsättning, två gånger per år, v. 12 och v. 38.

#### Vecka 12

60 %, 8 av 13 vård och omsorgsboenden utförde egenkontrollen (Edsbacka, Lyckbacken, Håsta, Tunbacka (plan 2 och 5), Fredens kulle (Opalen och Rubinen), Ingsta, Helenedal och Frejagården).

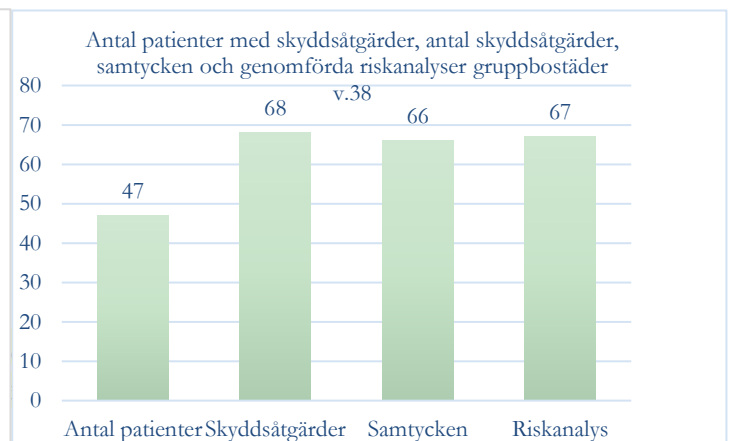
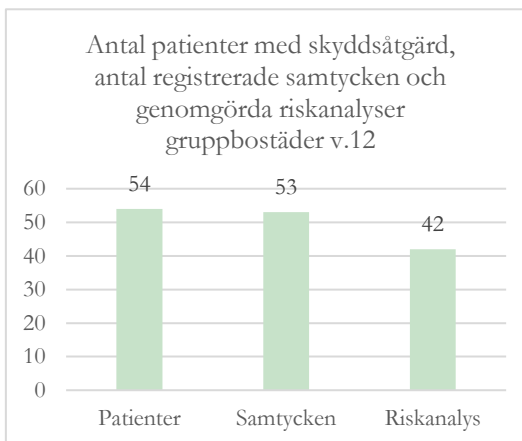
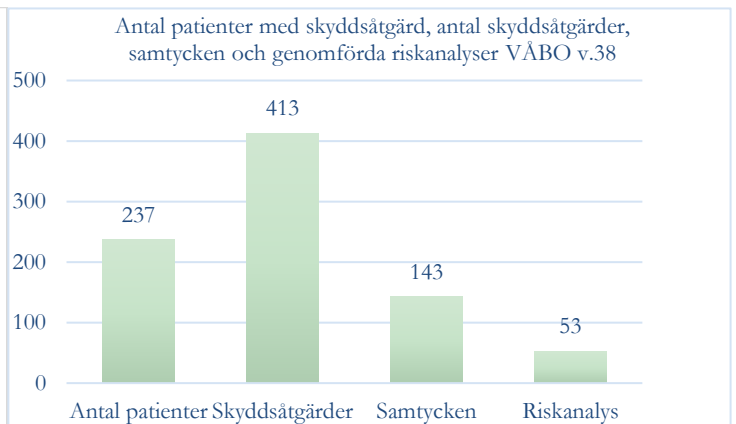
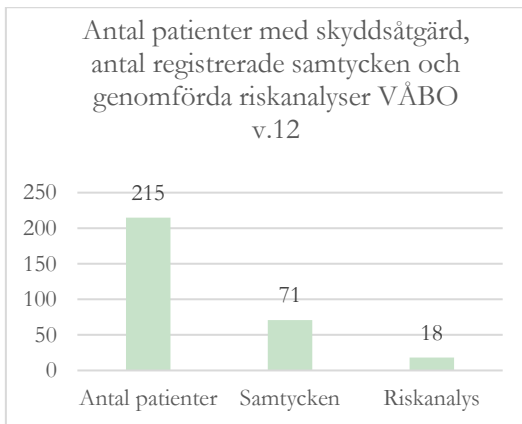
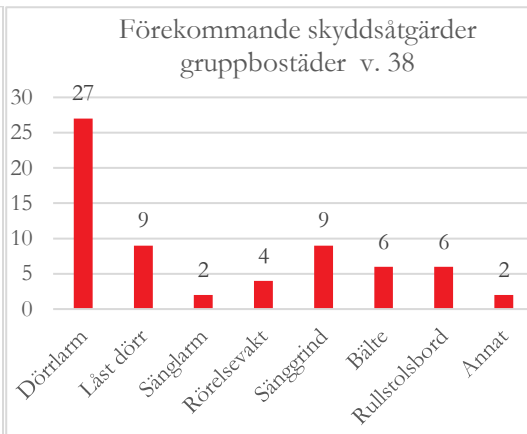
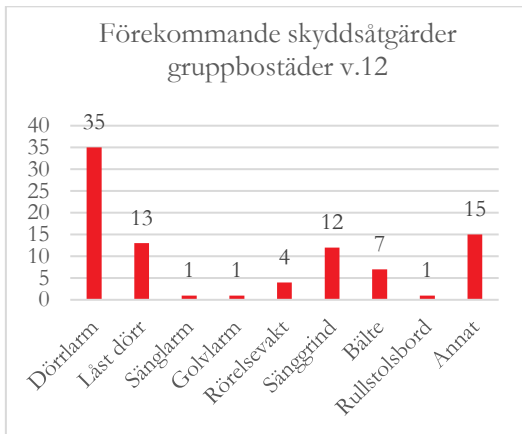
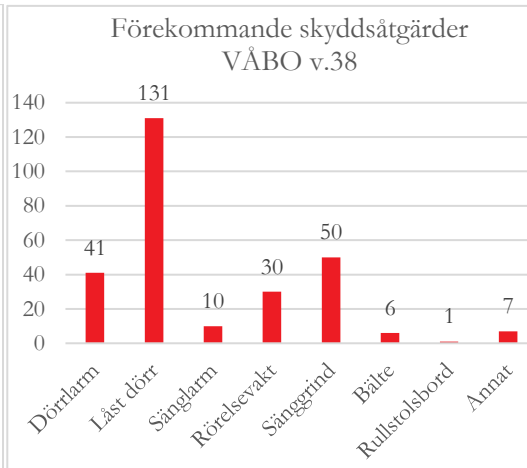
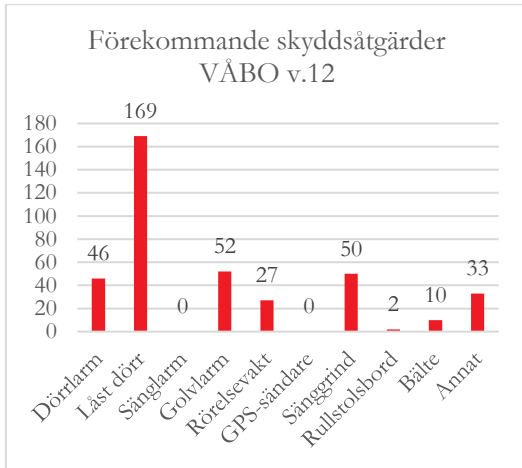
Samtliga gruppboendestäder inom funktionsnedsättning utförde ålagd egenkontroll v 12.

#### Vecka 38

54%, 7 av 13 vård och omsorgsboenden genomförde egenkontroll v 38: Edsbacka, Lyckbacken, Håsta, Håsta 2, Tunbacka, Fredens kulle och Ingsta.

75%, 12 av 16 gruppboendestäder inom funktionsnedsättning genomförde egenkontroll v 38. Dessa var Byvägen, Granebo, Håstaborg, Kolmo, Lastagegatan, Rödebo, Forsa Lund. Kapellvägen, Sunnansjö, Backavägen, Sofiedal och Trapphuset.

Sammanställningar baseras på de boenden som deltagit i egenkontroll.



## Analys Skyddsåtgärder

**Vård och omsorgsboende:** Vid vårens mätning hade riskanalys gjorts för 8 % av skyddsåtgärderna, på hösten hade det ökat till 13%. Samtycke fanns hos 33% av patienterna i våras, i höstas fanns samtycke till 35% av alla skyddsåtgärder på de enheter som deltog i egenkontrollen.

**Gruppboende:** På våren föregicks 78% av skyddsåtgärderna av en riskanalys och på hösten 98,5 %. Samtycke fanns hos 98% av patienterna i våras och 97% på hösten.

Vid redovisningen av höstens skyddsåtgärder är antalet skyddsåtgärder tillagd som en egen kolumn till skillnad från vårens redovisning. Detta för att tydliggöra att samtycke och riskanalys ska finnas vid varje skyddsåtgärd. En patient kan ha flera skyddsåtgärder och ska därför ha en skyddsåtgärd och riskanalys kopplad till varje enskild åtgärd.

## Förbättringsarbete Skyddsåtgärder

- På vård och omsorgsboenden behöver man komma igång med systematiskt arbete kring skyddsåtgärder. Rutin *Skyddsåtgärder* finns som stöd i arbetet men behöver fortsatt implementering i verksamheterna.
- På gruppboende har man kommit igång med systematiskt arbete kring skyddsåtgärder vid de enheter som deltagit i egenkontroller men det är oklart hur det ser ut på övriga enheter.

## Aktivitets- och funktionsbedömning

Indikator	2020	2021	2022	Mål 2022
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	25,9%	91,9%	97%	100 %
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	45,5%	86,7%	77%	100 %

## Analys Aktivitets- och funktionsbedömning

Under 2022 flyttade 181 personer in på vård och omsorgsboende. Av dessa fick 175 personer (97%) bedömning av arbetsterapeut (AT) och 140 personer (77%) bedömning av fysioterapeut (FT) inom de tre första veckorna från inflytt. Besöken är viktiga för att uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede.

Det faktiska resultatet är troligtvis något sämre än vad siffrorna visar då AT/FT även räknat med besök hos personer som haft tillfällig vistelse på vård och omsorgsboende. En del av dessa personer flyttar in på vård och omsorgsboende i direkt anslutning till tillfällig vistelse men inte alla. Procentsatsen har tagits fram utifrån antal inflyttade på vård och omsorgsboende.

Resultatet visar en förbättring för arbetsterapeuterna jämfört med föregående år. De som inte fått en bedömning inom tre veckor är patienter inflyttade under sommaren, då bemanningen på rehabenheten är lägre. För fysioterapeuterna är resultatet lägre än föregående år. Vad resultatet beror på är oklart.

#### Förbättringsarbete Aktivitets- och funktionsbedömning

- Mål för arbetsterapeuter och fysioterapeuter i HSV formulerades under året och ska genomföras under 2023
- Nyinskrivna i HSV ska få bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut

### Förskrivarutbildning - hjälpmedel

100 % av arbetsterapeuter och fysioterapeuter har gjort Socialstyrelsens webbutbildning ”Förskrivning av hjälpmedel”.

### Uppföljning av lyftselar

Lyftselar ska inspekteras minst var sjätte månad enligt anvisning från tillverkaren. Egenkontroll gällande lyftinspektion genomförs en gång per år.

Under 2022 har 79 av 85 förskrivna lyftselar inspekterats (93%).

Indikator	2020	2021	2022	Mål 2022
Andel uppföljda lyftselar	57,6%	97%	93%	100 %

#### Analys Lyftselar

Under 2022 är andelen lyftselar som inspekterats och följts upp fortsatt hög. I samband med inspektionen har utprovningssprotokollen uppdaterats för i stort sett alla selar. Utöver personligt utprovade lyftselar har enheternas akutselar inspekterats under året.

#### Förbättringsarbete Lyftselar

- För att säkerställa ett systematiskt arbete kring periodisk inspektion av lyftsele, (personligt utprovade och akutselar) finns behov av en rutin, vilket saknas i verksamheten i dagsläget.

### Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt hjälpmedel

En webbutbildning om hjälpmedel, förflyttningar och rehabiliterande förhållningssätt togs fram under 2021 som ingick i introduktionspaketet som månads- och timvikarier skulle genomföra, vilket gjordes av 165 vikarier det året. Under 2022 hade kommunen har inte längre avtal med det system som webbutbildningen levererades via och inga vikarier fick utbildningen.

Undersköterskor som gått instruktörsutbildning i förflyttningsteknik utbildade semestervikarier om förflyttningsteknik, hjälpmedel och handhavande av lyft. Alla sommarvikarier erbjöds utbildning, men många uteblev och deltog inte i utbildningen enligt samordnare för utbildningen.

En mer omfattande utbildning i förflyttningsteknik, hjälpmedel och handhavande av ska fortlöpande erbjudas till omvårdnadspersonalen. Under 2022 fanns ingen utbildningsplan för detta och lokal saknades.

#### Analys Förflyttningsutbildning

Utebliven utbildning för omvårdnadspersonal kan innebära brister i den kunskap som krävs för att använda och hantera hjälpmedel på säkert sätt i verksamheten.

#### Förbättringsarbete Förflyttningsutbildning

- Under 2023 behövs ett alternativ till tidigare webbutbildning tas fram för att säkerhetsställa kunskapen till nya vikarier.
- Utbildning i förflyttning- och handhavande av lyft behöver fortgå och fastställd utbildningsplan ska finnas.

## Internkontroll

Två internkontroller har genomförts under året.

### **Hantering av personuppgifter i verksamhetssystem säkras genom loggkontroller - Genomförs och återrapporteras loggkontroller i enlighet med rutin?**

**Resultat.** En rutin för loggkontroller finns. E-tjänst för rapportering har förbättrats sedan föregående års internkontroll. Endast 20 % av utskickade loggar kontrollerades och återrapporterades korrekt andra kvartalet 2022. Under andra halvåret har inga kontroller kunnat tas ut ur verksamhetssystem på grund av systemfel, vilket är felanmält till leverantören. Rapportering till nämnd har gjorts av MAS. För resultat se Öka riskmedvetenhet och beredskap - Loggkontroller se sid.59

**Åtgärder.** Dialog förs med leverantören och systemfel beräknas vara löst inom kort. Internkontrollområdet fortsätter att följas i 2023 års internkontroll.

### **Avvikelse slutförs - Slutförs avvikelser inom två månader med dokumenterade åtgärder?**

**Resultat.** Riktlinje för avvikelsehantering finns. Andelen korrekt avslutade avvikelser har inte ökat sedan föregående års internkontroll utan ligger på 33 % av 1673 kontrollerade avvikelser har slutförts korrekt, det vill säga inom två månader med dokumenterade åtgärder.

**Åtgärder.** En insats har gjorts av kvalitetssäkringsteamet för att "minska skuldberget" av gamla avvikelser i syfte att skapa bättre förutsättningar och motivation för cheferna att arbeta med nya avvikelser.

## 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



### Har vården varit säker

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas lex Maria.

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) alternativt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att efter en händelseanalys göra en bedömning om anmälan ska ske till IVO.

### Händelser och vårdskador

	2020	2021	2022
Händelseanalys MAS	2	2	1
Händelseanalys MAR	0	1	1

Under 2022 har medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjort en händelseanalys som rörde informationsöverföring. Dessutom har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört en händelse-analyser rörande fördröjd vård. Händelseanalyser har även genomförts vid klagomål från IVO, klagomål via Patientnämnden, vid enskildas synpunkter och klagomål samt Lex Maria anmälan.

Målet är att besvara frågorna ”Vad har hänt?” ”Varför hände det?” och ”Hur kan en upprepning förhindras?”. Utredningar och händelseanalyser syftar till att upptäcka och kartlägga brister i organisationen, inte leta efter vem eller vilka som gjort fel.

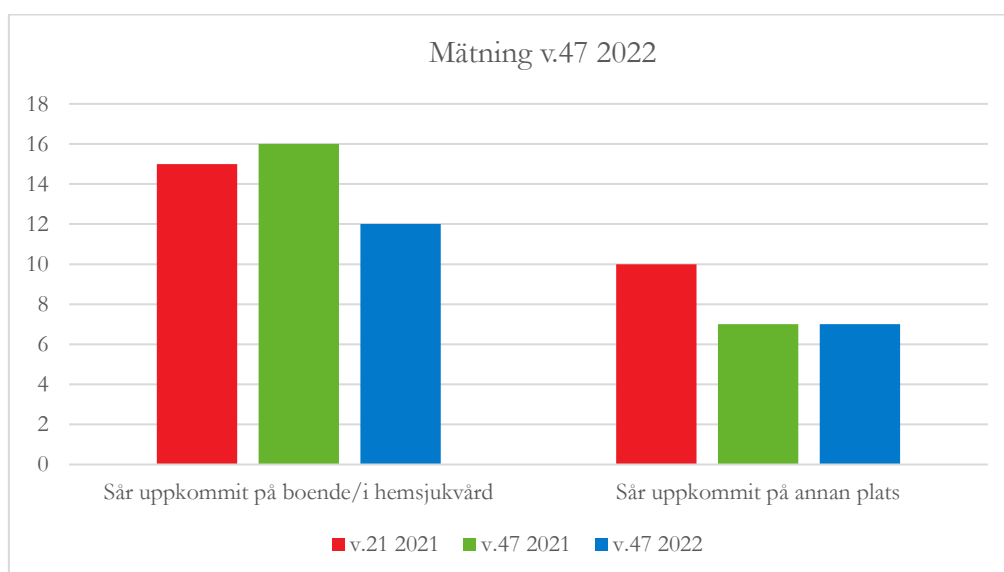
Från hösten 2022 genomför MAS och MAR händelseanalyser utifrån SKR:s analysmetod som är utvecklad för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten.

Information ges till verksamheten för att få ett lärande i organisationen och rutiner har setts över och reviderats.

## Vårdskador - Trycksår

Andel trycksår

	v.21 2021	v.47 2021	v.47 2022
Sår uppkommit på boende/i hemsjukvård	15	16	12
Sår uppkommit på annan plats	10	7	7



Hur ser såren ut?

	v.21 2021	v.47 2021	v.47 2022
Bestående missfärgning av huden	4	4	5
Ytlig hudskada	11	10	13
Djup hudskada	5	7	5
Sårhåla	3	6	1

Analys Trycksår

Egenkontroll genomförs två gånger/år, v.21 och i samband med HALT-mätning v.47.

5 av 32 enheter rapporterade inte i mätningen v.47–2022. Fyra enheter från VÅBO, en från funktionsnedsättning.



Av ca 1000 kunder på VÅBO, hemsjukvård och funktionsnedsättning finns 19 med trycksår enligt enkäten under ovanstående veckor, det är en minskning från 23 föregående period. 12 trycksår uppstod på egen enhet och 7 st. på annan plats.

Enligt Senior alert har hittills under 2022 46 personer haft 59 trycksår totalt.

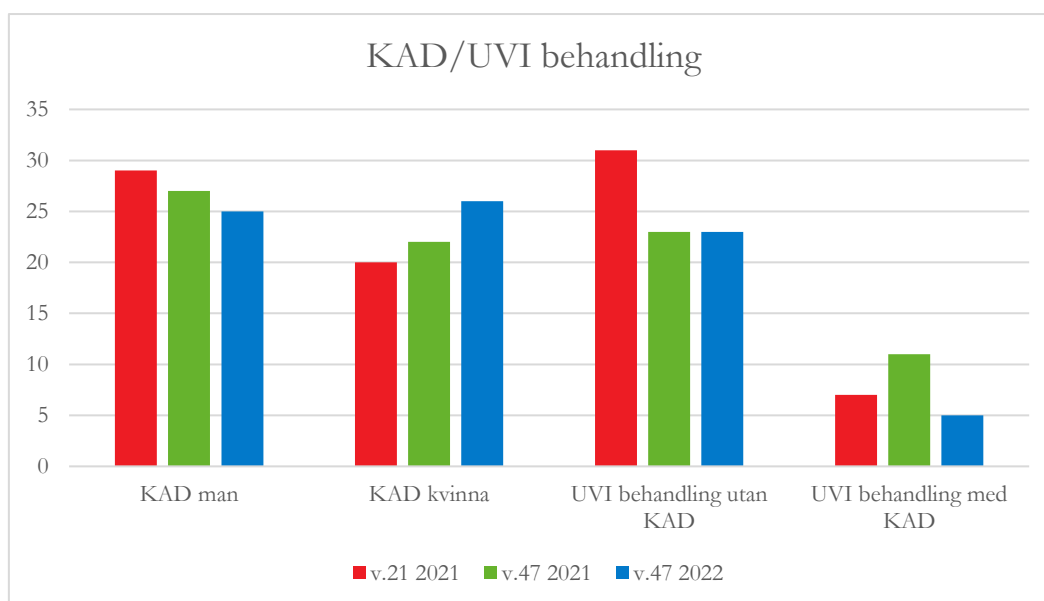
Antalet sår som uppkommit på boende/i hemsjukvård har minskat sedan förra mätningen, sår som uppkommit på annan plats är lika. Det är viktigt att regelbundet genomföra riskbedömningar, vidta åtgärder, registrera i Senior alert och följa upp.

#### Förbättringsarbete Trycksår

- När trycksår uppkommer ska avvikelser skrivas. 2022 är bara 10 trycksår registrerade som avvikelser.
- Trycksår som uppkommer på sjukhus ska rapporteras som en extern avvikelse.
- Fortsätta genomföra riskbedömningar och registrera i Senior alert för att förebygga trycksår på VÅBO/HSV.
- Funktionsnedsättning kan inte registrera i Senior alert men riskbedömning kan göras ändå, dokumenteras i Treserva. Vårdprocess inleds med åtgärder man kommit fram till.

#### Vårdskador - KAD/UIV behandling

	v.21 2021	v.47 2021	v.47 2022
KAD man	29	27	26
KAD kvinna	20	22	25
UVI behandling utan KAD	31	23	23
UVI behandling med KAD	7	11	5



## Analys KAD/UVI

Kateterbärare löper högre risk att drabbas av vårdrelaterade infektioner med ökad risk för antibiotikaresistenta bakterier.

Andelen män och kvinnor med KAD har inte förändrats jämfört med föregående mätning, däremot fler kvinnor och färre män 22 resp. 27 st. Av dessa hade 5 brukare pågående behandling för urinvägsinfektion, jämfört med 23 av dem som inte hade KAD.

## Förbättringsarbete KAD/UVI

- Delta i den årliga HALT-mätning. Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT).
- Noggrann hygien för att undvika infektioner.
- Uppföljning med läkare om behov och anledning till kateter.

## 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### Läkemedelsgenomgångar

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i en patients läkemedelsbehandling. Genom att systematiskt genomföra läkemedelsgenomgångar ges goda förutsättningar att optimera patientens läkemedelsbehandling utifrån patientens egna förutsättningar. Ansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska ska årligen genomföra en fördjupad läkemedelsgenomgång för varje patient.

### Kvalitetsregister

Det finns många kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. De Hudiksvalls kommun har valt att ansluta till är Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och SveDem (Svenska demensregistret).

Det finns i dagsläget inget önskemål i verksamheten att ansluta till RiksSår - ett verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, webutbildning, rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden.

# Senior alert

2022 januari-december

Sverige / Kommun / Region  År  Typ av enhet  [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Hudiksvalls kommun	549	89%	79%	83%	56%	62	195	219	149	
Edsbacka	35	95%	100%	100%	100%	6	15	72	18	
Edshammar	22	81%	80%	88%	0%	3	7	2	9	
Forsa rehab	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0	
Forsgården	39	100%	32%	37%	16%	8	19	6	10	
Fredens kulle	76	94%	70%	77%	46%	5	22	4	30	
Fredens kulle korttids	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0	
Frejagården	31	91%	72%	56%	21%	3	8	3	2	
Helenedal	4	100%	100%	100%	53%	0	4	0	3	
Hudiksvall Bjuråker Svågadalens hemsjukvård	16	65%	87%	87%	60%	1	4	2	1	
Hudiksvall Delsbo hemsjukvård	24	82%	78%	83%	67%	1	6	0	2	
Hudiksvall Forsa hemsjukvård	13	77%	100%	90%	0%	0	3	0	4	
Hudiksvall Iggesund hemsjukvård	7	71%	100%	100%	0%	0	2	2	0	
Hudiksvall Njutånger Enånger hemsjukvård	16	88%	100%	100%	0%	0	4	0	0	
Hudiksvall Norr	29	90%	100%	96%	10%	5	7	5	5	
Hudiksvall Norrbo Nasvikens hemsjukvård	7	100%	86%	86%	0%	0	1	0	2	
Hudiksvall Söder	37	82%	97%	97%	20%	3	12	2	8	
Hudiksvall Västra	25	80%	85%	90%	33%	0	6	1	3	
Hudiksvall Öster	16	88%	86%	86%	0%	1	6	0	5	
Håsta	32	91%	52%	79%	0%	1	10	2	6	
Ingsta ÅO	28	82%	74%	87%	0%	4	13	15	4	
Lyckbacken	25	100%	93%	100%	100%	12	5	66	15	
Månsbacken	5	60%	100%	100%	25%	0	3	3	1	
Rosenborg	20	94%	97%	94%	67%	2	10	6	10	
Tryggebo ÅO	25	91%	98%	95%	80%	3	11	23	5	
Tunbacka	27	83%	64%	80%	19%	4	19	5	10	

Av 854 personer >65 år på vård och omsorgsboende - 554 st. och hemsjukvård i ordinärt boende - 300 st. finns 549 unika personer registrerade i Senior alert, 64,3 %.

83 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (506 av 611 riskbedömningar).

Övrig registrering i Senior alert

**Trycksår registrerade i Senior alert under 2022**

49 unika personer hade under perioden 62 trycksår totalt.

Kategori 1 – 30 st.

Kategori 2 – 19 st.

Kategori 3 – 8 st.

Kategori 4 – 4 st.

### BMI i Senior alert

195 unika personer hade ett BMI <22.

### Fall i Senior alert

88 unika personer har sammanlagt fallit 219 gånger.

### Munhälsa/ROAG i Senior alert

218 unika personer har risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3. Hos dessa är 593 riskbedömningar med ROAG-J av munhälsa gjorda.

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal (328 st.)

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård (121 st.)

### Blåsdysfunktion

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			Utfall	
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Forbättring vid uppföljning
Hudiksvalls kommun	88	72% ↑ 63 av 88	98% ↑ 62 av 63	92% ↑ 58 av 63	100% ↑ 2 av 2	0% → 0 av 2
Edsbacka	27	96% ↑ 26 av 27	100% ↑ 26 av 26	100% ↑ 26 av 26	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 1
Edshammar	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Forsa rehab	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Fredens kulle	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Hudiksvall Hemsjukvård	43	49% ↑ 21 av 43	95% ↑ 20 av 21	86% ↑ 18 av 21	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 1
Håsta	1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 1	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Lyckbacken	15	87% ↑ 13 av 15	100% ↑ 13 av 13	100% ↑ 13 av 13	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Tunbacka	2	100% ↑ 2 av 2	100% ↑ 2 av 2	50% ↑ 1 av 2	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0

En stor ökning har skett även för Blåsdysfunktion. 88 av 854 personer finns registrerade, 92 % har en åtgärdsplan vid risk.

## Analys Senior alert

En fördubbling av antalet riskbedömningar kan ses under hösten vilket är en mycket positiv utveckling. Hemsjukvården har kommit igång med arbetet också, de har riskbedömt 189 av 300 personer.

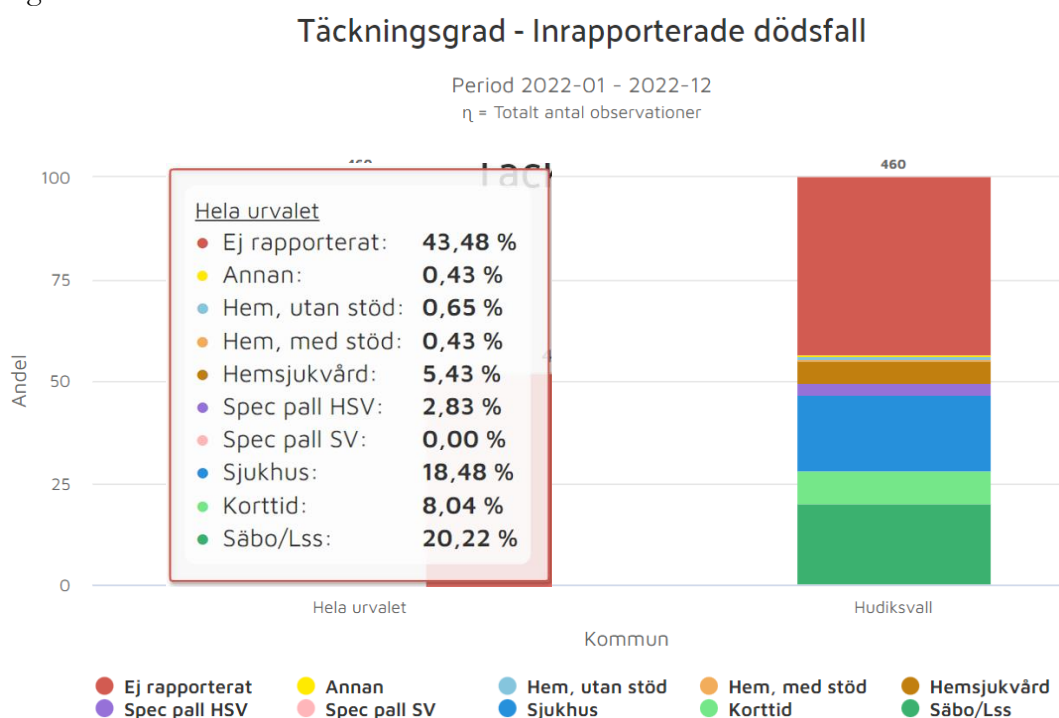
Forsa rehab, Pärlan, Håsta, Månsbacken behöver komma igång med bedömningar.

## Förbättringsarbete Senior alert

- Utse en Senior alert stödjare med avsatt tid för att bibehålla resultat gällande trycksår, undernäring, munhälsa, fall och blåsdysfunktion
- Ett väl fungerande teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert
- Alla fall, även de utan skada, ska registreras i Senior alert samt journalföras både som viktig händelse i den sociala journalen och i patientjournalen samt registreras som avvikelser.

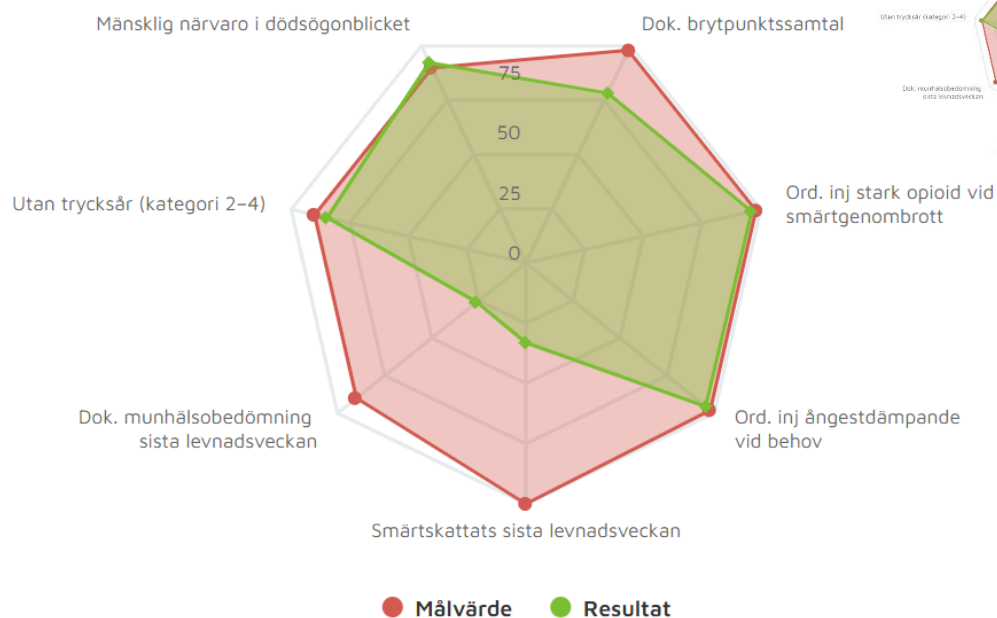
## Svenska palliativregistret

Resultat visar avlidna personer folkbokförda i Hudiksvalls kommun och registreringar i både slut- och öppenvård samt kommunen. 157 av 440 dödsfall är registrerade.



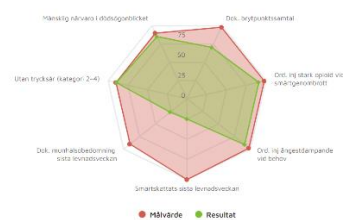
# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12



Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	78,3	98	123	157
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,2	98	151	157
Ord. inj ångestdämpande vid behov	95,5	98	150	157
Smärtskattats sista levnadsveckan	33,1	100	52	157
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	26,1	90	41	157
Utan trycksår (kategori 2-4)	84,7	90	133	157
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	92,4	90	145	157

## Analys Palliativregistret

34 % har registrerats som avlidna inom kommunal hälso- och sjukvård under perioden och 23 % av regionen.

43 % av dödsfallen är inte registrerade, oklart hur många av dessa som avled inom kommunens verksamhet.

Andel Munhälsobedömning och Utan trycksår har försämrats sedan 2021, övriga parametrar har ökat.

## Förbättringsarbete Palliativregistret

- Samtliga avlidna ska registreras i palliativregistret av kommunens sjuksköterskor
- Smärtskattning och munhälsobedömning har ökat men behöver öka mer
  - Utbildning i smärta och smärtskattningsinstrumenten måste prioriteras
  - Viktigt att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor regelbundet genomför grundutbildning i munvård via webben samt får utbildning i ROAG och munhälsobedömning från Tandvården
- Samverka med läkare i primärvården för att öka antalet brytpunktsamtal

## Demensteamet

Demensteamet arbetar med;

- att informera om vår verksamhet till personer med demenssjukdom och deras anhöriga,
- ge stöd till personer med demenssjukdom och anhöriga genom hembesök och telefonsamtal
- att hitta samarbetspartner och skapa rutiner i kommun och region,
- att utbilda och handleda personal inom äldreomsorg samt inom LSS.

Under våren kommer demensteamet tillsammans med Olle Hillström bjuda in kunderna till "Sånger vi minns" på Hälsinglands museum.

Projektet "Demensteamet" avslutas maj 2023.

## Ärenden

Aktuella ärenden är 65 personer. Uppdragen kommer mestadels från anhöriga (36 st.), Minnesmottagningen (19 st.), privata hälsocentraler (7 st.) och övrigt som kan vara socialsekreterare, Anhörigstöd (3 st.) Ärenden kan vara allt från regelbundna hembesök till enstaka telefonsamtal.

Avslutade ärenden är 26 personer. Personer som flyttat in på boenden, flyttat till annan kommun eller avlidit.

## Handledning

Vi har haft 39 handledningstillfällen på äldreboenden sedan start.

## Lågaffektivt bemötande (utbildning)

Demensteamet samordnar kontakten mellan verksamheter och utbildare. Till i dag har elva personal gått endags utbildningen. Heldagsutbildning är planerad i januari och februari för ca 50 medarbetare.

## Föreläsningar

Demensteamet har föreläsningar om demenssjukdomar, kommunikation, bemötande och miljö. Planerar för fler föreläsningar under våren för bl.a. personal inom LSS.

## BPSD registret

Under våren planeras fler utbildningar inom BPSD-kvalitetsregistret. Det är viktigt att betona teamarbetet och därmed även gå utbildningen gemensamt. Teamen består av undersköterskor/vårdbiträden (två/avd.), sjuksköterskor, enhetschefen, fysioterapeuten samt arbetsterapeuten. Vi prioriterar demensboenden och växelvårdsavdelningar.

Utbildningen består av två heldagar och efter 1–2 månader så är det uppföljning en halvdag. En begränsning är att BPSD-utbildningen måste färdigställas innan projektet avslutas. Utbildningen hålls av projektledare 100% och arbetsterapeut 50%, anställningar som avslutas i maj 2023.

Vi utbildar just nu på Håsta äldreboende och på Frejagården.

Diplomerade BPSD-administratörer eller i utbildning i dag är:

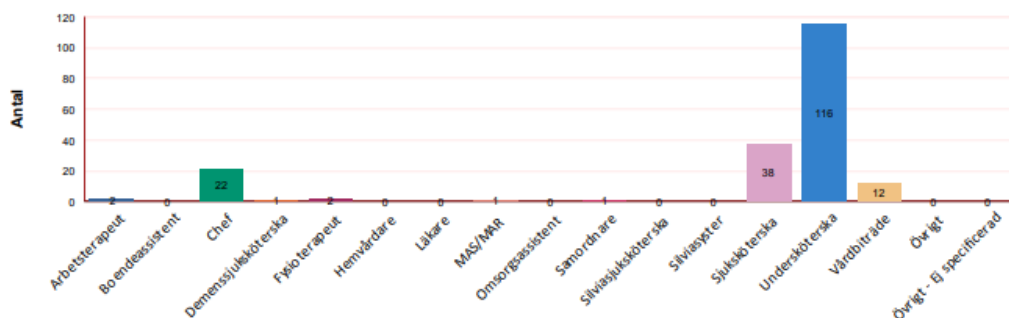
- Undersköterskor: 12 st.
- Arbetsterapeuter: 2 st.
- Sjuksköterska: 2 st.
- Fysioterapeuter: 1 st.
- Enhetschefer: 1 st.

Planerade utbildningar på Edshammar och Forsagården.

### ANTAL UTBILDADE PERSONER I KOMMUNEN

Alla enheter som ansluter sig till BPSD-registret utser ett multiprofessionellt team, som deltar i en 2,5-dagarsutbildning med fokus på BPSD, demenssjukdomar, bemötande, förbättringsarbete och praktisk träning i registret.

Teamets uppgift är att driva registerarbetet tillsammans med enhetens övriga medarbetare. Olika yrkesroller har olika uppdrag, men alla är lika viktiga.

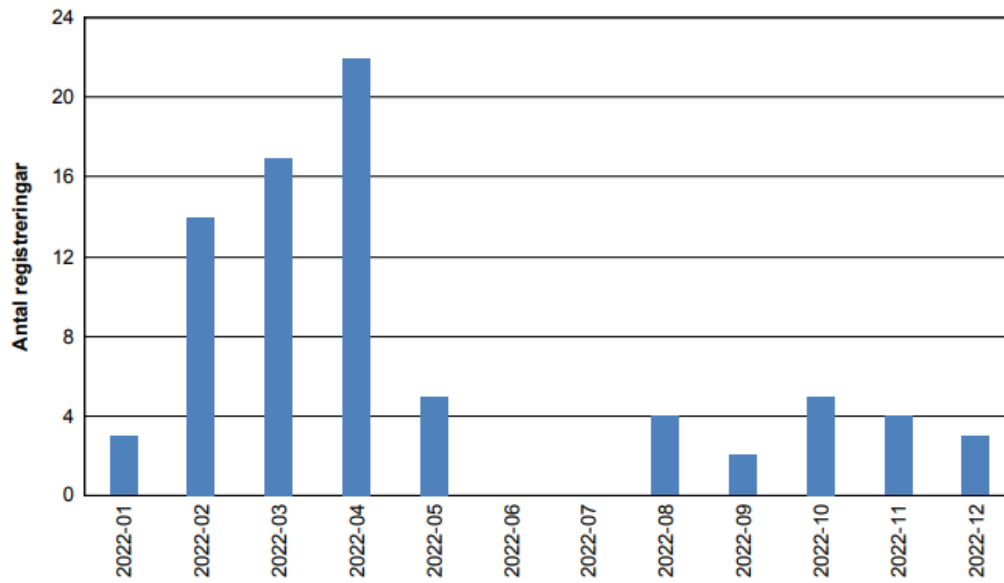


### ANTALET CERTIFIERADE UTBILDARE I KOMMUNEN: 2

Totalt antal certifierade utbildare i hela landet: 350 (dec 2020).

För att underlätta spridningen och det lokala arbetet med BPSD-registret använder BPSD-registret sig av certifierade utbildare. Uppdraget varierar något, men består i huvudsak av att genomföra administratörsutbildningar, vara ett stöd i implementeringen av arbetssättet och att hålla uppföljande träffar för administratörer samt att minst en gång per år delta i de nätverksträffar som BPSD-registret ordnar för certifierade utbildare.



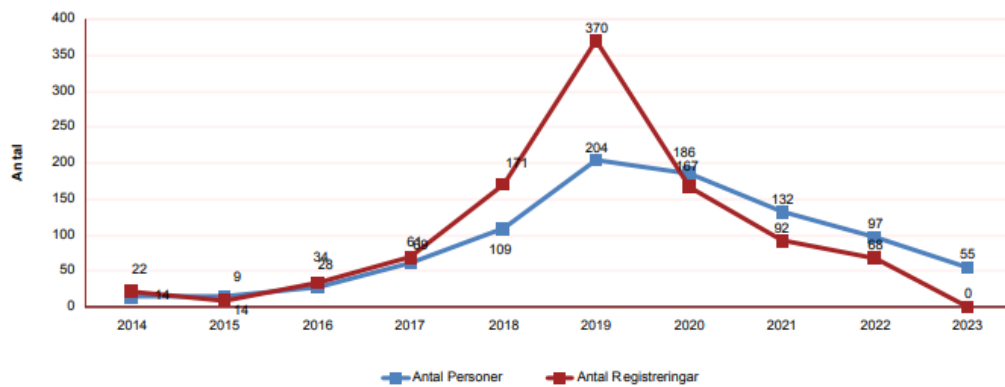


#### ANTAL REGISTRERADE PERSONER I AKTUELL KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Rekommendationen från BPSD-registret är att man bör göra uppföljningar regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

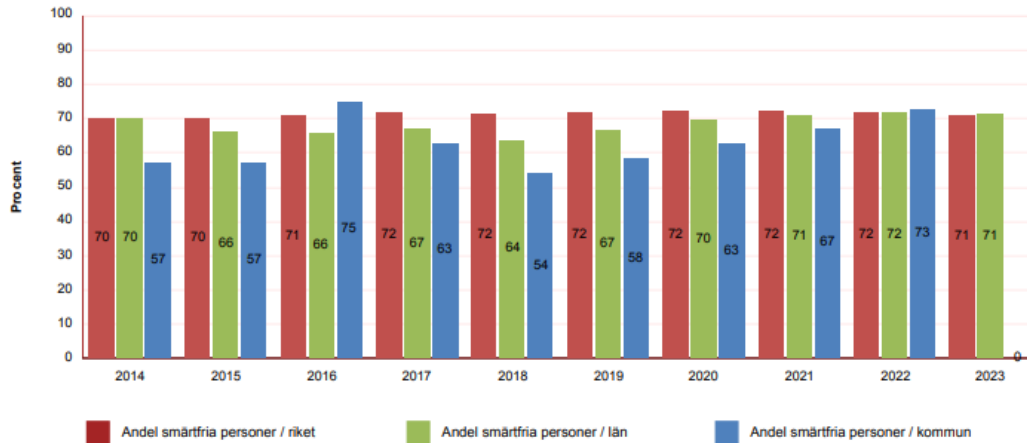
I diagrammet visas antalet registrerade personer i din kommun samt antalet registreringar inkl. uppföljningar.



### ANDEL PERSONER SOM BEDÖMTS VARA SMÄRTFRIA

Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem etc.

I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.

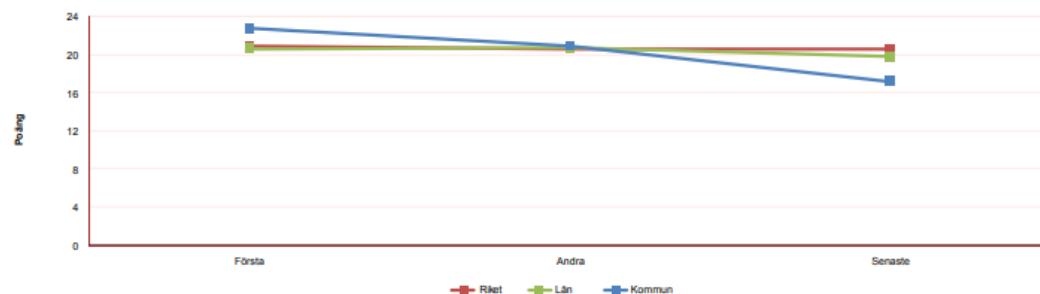


### NPI POÄNG ÖVER TID (JÄMFÖRELSE RIKE; LÄN OCH AKTUELL KOMMUN)

I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD öka och personen med demenssjukdom får allt svårare att tolka sin omgivning och att kommunicera. När BPSD ökar, syns det i BPSD-registret då poängen i NPI-skalan ökar.

Genom personcentrerat bemötande, stöd och åtgärder som är anpassade till personens förmåga, behöver det inte vara så. Detta kan vi se i BPSD-registret när vi jämför data över tid.

(Grafen visar medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna).



Analys BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)  
Demensvård är ett viktigt arbete relaterat till att många av våra boende på VÅBO har problem med beteendemässiga och psykiska symtom. Det är vår uppgift att ge personer med demenssjukdom en god omvårdnad och en god livskvalitet. En förutsättning för en lyckad implementering av BPSD-registret i förvaltningen är att arbetet sker i team med chef, sjuksköterska, rehab, BPSD-administratör och omsorgspersonal. Ett personcentrerat arbetssätt och aktuella bemötande- och kommunikationsplaner bör ses som prioritet 1 i verksamheten.

### Förbättringsarbete BPSD-registret

- Arbeta aktivt för att genomföra personcentrerad demensvård där det är den demenssjuke som står i centrum.
- Aktuella bemötande- och kommunikationsplaner
- Team med chef, sjuksköterska, rehab, BPSD-administratör och omsorgspersonal.

- Motivera och över tid stötta BPSD-administratörer, och övrig personal till en god demensvård.
- Utbildning kontinuerligt till olika yrkeskategorier för att kunna bedriva en god demensvård i form av teamarbete.

## **Stjärnmärkt**

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell från Stiftelsen Svenskt Demenscentrum, ett sätt att höja kompetensen inom personcentrerad vård för personer med demenssjukdom. Mer information finns på svenskt demenscentrums hemsida.

Viktigt är att alla förstår att det handlar om ett arbetssätt som fortsätter även efter avslutad utbildning, det finns kriterier för hur man upprätthåller ”Stjärnan” och verktyg man jobbar med kontinuerligt.

### **Stjärnmärkt utbildning**

All personal inom äldreomsorgen ska utbildas i Stjärnmärkt. Det är önskvärt att socialsekreterarna genomför utbildningen och har blivit erbjudna Stjärnmärkt.

Stjärnmärkta avdelningar/arbetsgrupper är:

- Tryggebo plan 2 och natten,
- Diamanten Fredens kulle
- Smaragden Fredens kulle
- Nattpersonalen Fredens kulle
- Edsbacka
- Dagverksamheten (behöver uppdateras då personal har kommit tillbaka från sjukskrivning och barnledighet + att de har ny EC som inte är Stjärnmärkt.
- Helenedals stjärnmärkning föll bort i och med flytten till Håsta, personalen som har gått utbildningen är stjärnmärkta som personer och kommer att räknas in om Håsta kommer att Stjärnmärkas senare.

Enheter som har gjort klar alla utbildningstillfällen men ännu inte är godkända av Svenskt demenscentrum är:

- Opalen, Rubinen, Pärlan Fredenskulle
- Frejagården AB, Frejagården CD
- Ingsta
- Demensavdelningen Forsagården

Några enheter är utbildade med ej godkända än då enhetschefer inte har gått alla steg. Enhetscheferna är obligatorisk för att Svenskt Demenscentrum ska godkänna stjärnmärkningen. Det innebär att det kan vara svårt att planera in utbildningar när det är många vakanser bland enhetscheferna.

Svenskt Demenscentrum godkänner heller inte enheter längre som inte registrerar i Svedem. Vi har haft kontakt med enhetschefen för sjuksköterskorna för att få snurr på registreringarna och hon kommer att anmäla alla SSK till webbutbildning i

Svedem. Enligt svenskt demenscentrum kan vi ändå göra klart utbildningarna och få dem godkända när det börjat registrerats. Hemtjänsten berörs inte av kriteriet att registrera i Svedem.

Inplanerade utbildningar i vår 2023 är:

- Hemtjänst Östra, Hemtjänst Södra, Hemtjänst Norra, Nattpatrullen.
- Hemtjänst Delsbo, Hemtjänst Bjuråker (har 2 steg kvar av 4)
- Rosenborg, Tunbacka, ett plan på Tryggebo.

Utbildningarna hålls av undersköterska och vårdbiträde, båda 100%, och som sedan tidigare är anställda i kommun och därmed ev. fortsätter med Stjärnmärkt.

## **Svedem (Svenska demensregistret)**

Svedem är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2007. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är att skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

Efter att arbetsplatserna blivit Stjärnmärkt så ska sjuksköterskorna registrera i SveDem. Sjuksköterskorna har genomfört organisationsförändring vilket kan förklara varför Hudiksvalls särskilda boenden inte prioriterat registreringar.

## **Basala hygienrutiner och klädregler**

MAS har informerat och stöttat enhetschefer inom och utom förvaltningen under pandemin. Digitala möten fram till sommaren samt varit kommunledningen behjälplig i frågor rörande coronapandemin.

Utbildning för hygienombud, enhetschefer, rehab och sjuksköterskor har inte genomförts av Vårdhygien region Gävleborg, inte heller lokala utbildningar under året på grund av coronapandemin.

Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler (PPM-BHK)  
Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete är avsedd som ett stöd för regioner och kommuner i arbetet med att uppnå hög följsamhet. Punktprevalensmätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10). Mätningen erbjuds samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i så väl regioner som kommuner. Uppföljningen delas upp inom områdena basala hygienrutiner respektive klädregler.

En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner.

En Hygienöverenskommelse har tagits fram av MAS och ska följas av alla som arbetar i patientnära vård- och omsorg. Önskvärt är att den går igenom och skrivs under av chef och anställd årligen efter genomförd webbutbildning.

Hygienombud har en uppdragsbeskrivning där ansvarsområdet beskrivs. Önskvärt är att den går igenom och skrivs under av chef och anställd årligen.

Målet är att samtliga vård och omsorgsboenden ska observera och mäta årligen. Hemtjänst och funktionsnedsättning har svårt att observera i omvårdnadssituationer då de ofta jobbar ensam men kan observera punkterna i *Korrekt handläggning av klädregler* och ta upp resultatet på APT.

Det är sjunde året mätningen genomförs i Hudiksvalls kommun.

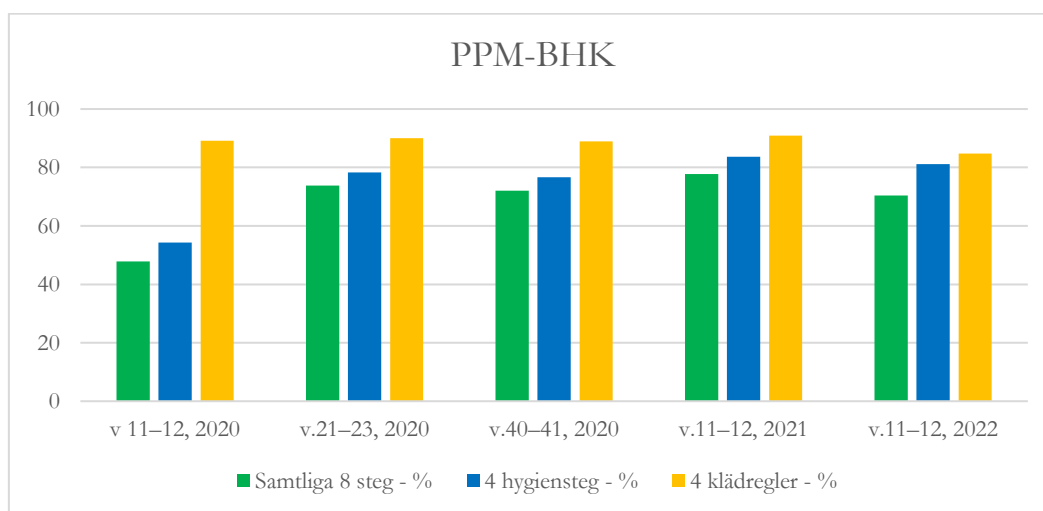
Ordinarie mätning v.11-12 2022

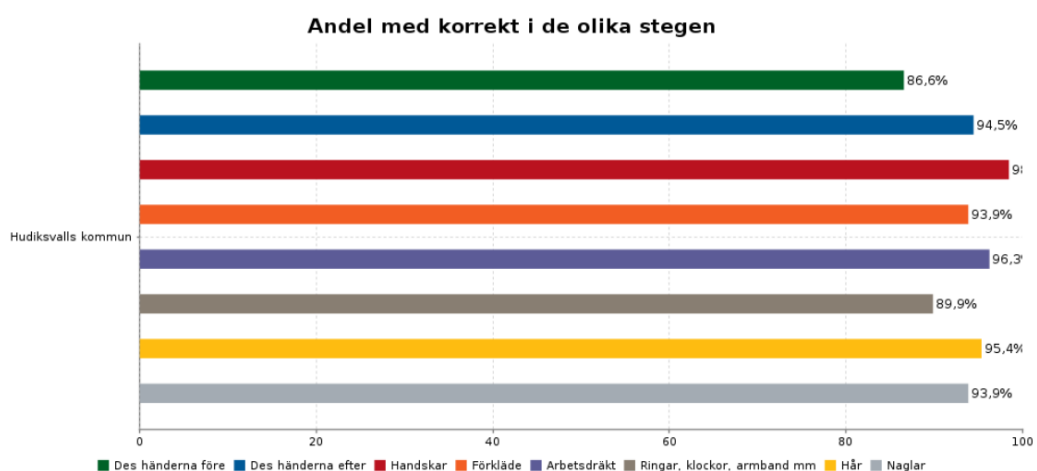
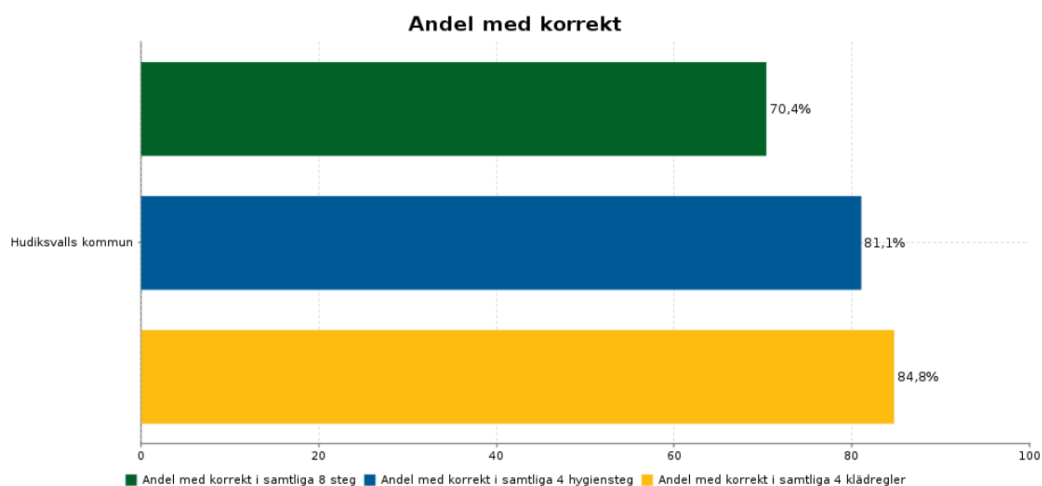
	2018	2019	2020	2021	2022
Antal registrerade observationer	48	100	46	405	328
Antal enheter	7	8	4	35	34

Hygienombud inom äldreomsorg och funktionsnedsättning observerade sina arbetskamrater under v.11–12 och registrerade resultat via SKR.

#### Resultat PPM-BHK

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har minskat sedan våren 2021 vilket är anmärkningsvärt då vi fortsatt har en pågående pandemi. Samtliga steg behöver förbättras för att göra vad vi kan för att skydda dem vi är till för, äldre och sköra.





### Analys PPM-BHK

328 observationer har registrerats, en minskning från 405 vid senaste mätningen. 34 enheter av 50 har deltagit.

Lägst är Desinfektion av händer före följt av Ringar klockor och armband, Förkläde samt Naglar. Att komma i kontakt med brukare med orena händer och en oren arbetsdräkt är en stor smittspridningsrisk.

### Förbättringsarbete PPM-BHK

- Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler
- Enhetschef måste kontinuerligt säkerställa att all personal följer basala hygienrutiner och klädregler, även studenter och praktikanter
- Samtliga anställda ska genomföra de webbaserade utbildningar som finns och repetera regelbundet
- Samtliga enheter ska använda Hygienöverenskommelsen (finns på hint/Så här jobbar vi/Rutiner/Hygien)

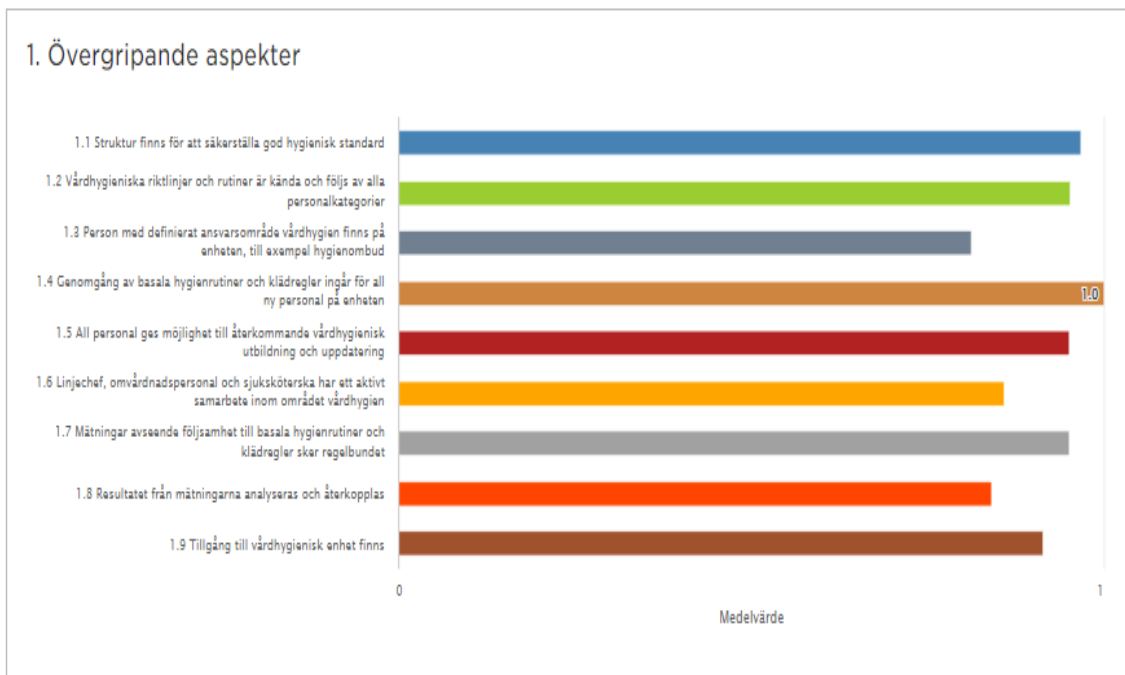
## Vårdhygienisk egenkontroll

Andel svar

Samtliga enheter utom två svarade på årets enkät, ett bra resultat.

Handlingsplan ska mailas till MAS om man svarat Nej på någon fråga eller tycker det finns något förbättringsområde trots att man svarat Ja. Kopia mailas oavsett om något är skrivet eller inte.

33 av 70 enheter har lämnat handlingsplan till MAS.





#### Analys Vårdhygienisk egenkontroll

Frågorna rörande disk- och spoldesinfektor har inte tagits med i sammanställningen då det inte finns på alla ställen och frågan var därför svår att svara på.

Överlag har man ett bra resultat, de som fått under 90 % Ja-svar är:

- Riskbedömning vid djur i vård och omsorg (61 %)
- Hygienombud ska finnas på alla enheter (81 %)
- Vårdhygieniska aspekter kring livsmedel (82 %)
- Resultatet från mätningarna ska analyseras på, och återkopplas till, enheten (84 %)
- Städ rutin för verksamhetens utrymmen (85 %)



- Enhetschef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska ska aktivt samarbeta kring vårdhygieniska frågor (86 %)
- Rutin för rengöring av hjälpmedel och medicintekniska produkter (86 %)
- Vårdtagare erbjuds hjälp med handhygien (89 %)
- Förvaring av sterila produkter (89 %)

#### Förbättringsarbete Vårdhygienisk egenkontroll

- Hygienombud ska finnas på alla enheter
- Viktigt att resultat av mätningar tas upp i personalgruppen för att få ett lärande och teamets planering av förbättrande åtgärder
- Vårdtagarnas hygien är viktig, hjälp behöver erbjudas
- Hantering av livsmedel och sterila produkter ur ett vårdhygieniskt perspektiv

### Hygienrond

Hygienrond är ett komplement till Vårdhygienisk egenkontroll. Hygienronder har tillsammans med MAS och hygiensjuksköterska från vårdhygien har under året inte genomförts på grund av pandemin.

Ett hygienprotokoll fylls i innan träffen, går igenom och åtgärder identifieras. Hygiensjuksköterska gör en uppföljning med enhetschef vid ett senare tillfälle.

### Självskattning

Hygienombud kan aktualisera ett självskattningsformulär där omvårdnadspersonal vid ett tillfälle själv ska registrera följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler. Resultat diskuteras därefter på APT.

### PPM-HALT

PPM-HALT (Punktprevalensmätning - Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är årliga återkommande punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige.

Målet är att inventera förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende i Sverige samt att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg.

Syftet är att stödja det lokala arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt att optimera antibiotikaanvändningen.

Kommun	Hudiksvall
Antal enheter totalt	12
Antal Demensboenden	0
Antal Korttidsboenden	1
Antal Allmän vård och omsorg	11
Antal Verksamhet enligt LSS	0
Antal Psykiatri	0
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	328
Antal vårdtagare med korttidsvård	10
Antal kvinnor	201
Antal män	127
Antal >80 år	219
Antal >85 år	148
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	10
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	8
- Antal vårdtagare med profylax	2
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	10

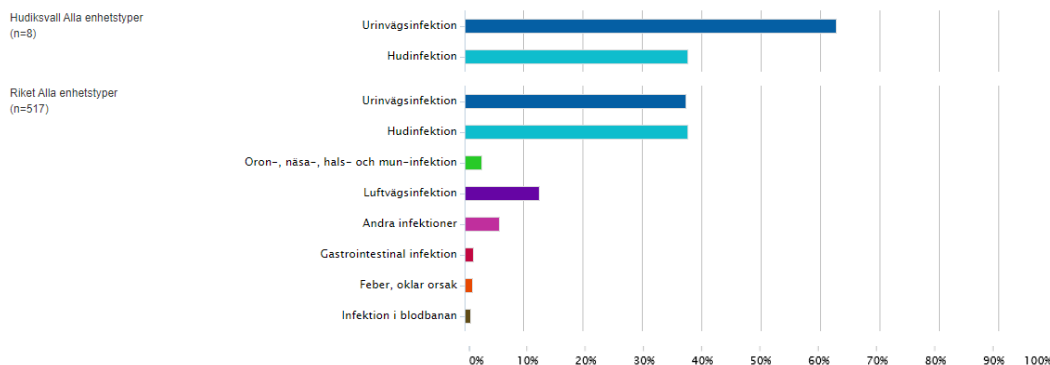
Under v.46–47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 12 enheter/328 vårdtagare vid Fredens kulle Rubinen/Smaragden/Diamanten/Pärulan, Håsta, Ingsta, Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Forsagården, Rosenborg och Frejagården.

Saknas mätning från Fredens kulle Opalen, Tunbacka, Edshammar samt Månsbacken.

Andelen infektioner är lågt i kommunen. 10 st. (3 %) hade en pågående antibiotikakur pga. urinvägsinfektion respektive hudinfektion.

Fördelning av terapeutiska antibiotikabehandlingar (J01 exkl metenamin) per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

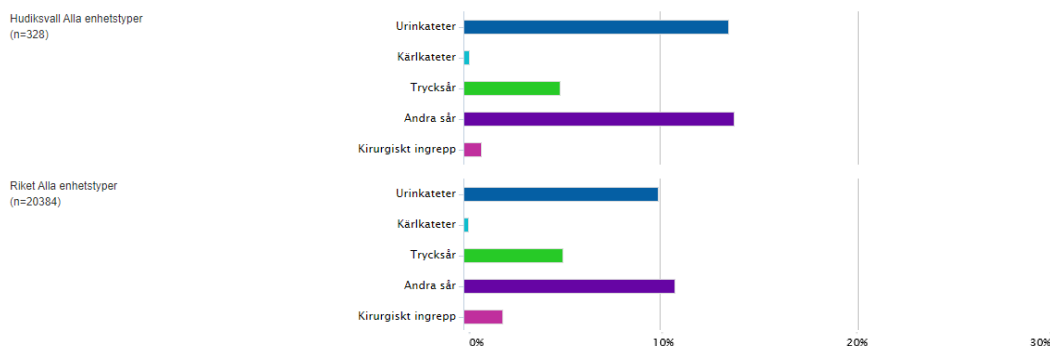
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



De vanligaste riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är andra sår (13,7 %) urinkateter (13,4 %) och trycksår (4,9 %).

Fördelning av riskfaktorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

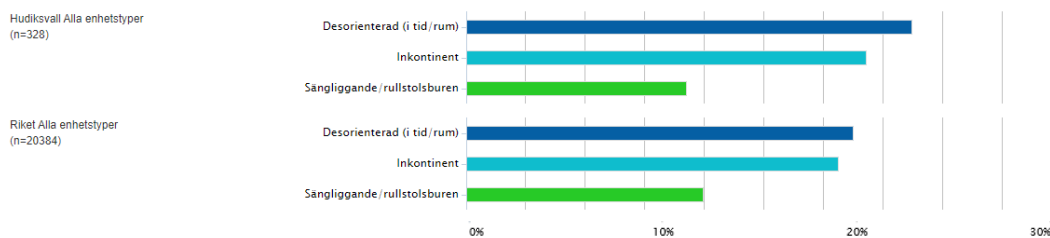
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Vårdtyngdsindikatorer är desorienterad i tid/rum (74,7 %), inkontinent (67,1 %) och sängliggande/rullstolsbunden (36,9 %).

Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



### Analys PPM-HALT

Hudiksvalls kommun ligger högre än riket gällande infektioner, riskfaktorer och vårdtyngdsindikatorer förutom Kirurgiska ingrepp och Sängliggande/rullstolsburen.

### Förbättringsarbete PPM-HALT

- Samtliga enheter på VÅBO ska genomföra mätningen 2023
- Verksamheten behöver uppmärksamma riskfaktorer och vårdtyngdsindikatorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och onödig antibiotikaanvändning

## 3.3 Säker vård här och nu

### Är vården säker idag

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### 3.3.1 Riskanalys

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Sjuksköterskeenheden har inför och under införandet av den nya organisationen genomfört risk och konsekvensanalys.

Rehabenheden har inte genomfört någon riskanalys under året.

Riskanalys som görs på individnivå fortlöpande är via Senior Alert och BPSD.

Riskanalys görs på alla avvikelser i Avvikelsemodulen av enhetschefer vid analys.

### 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

#### Lex Maria

	2020	2021	2022
Lex Maria - MAS	2	0	2
Lex Maria - MAR	0	0	0

Två händelser har under årets bedömts som allvarlig vårdskada efter utredning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa rörde saknade narkotikaklassade läkemedel (1) och fördröjd vård och behandling (1).

#### Strukturerad journalgranskning

Systemförvaltare kontrollerar kontinuerligt följsamheten till de instruktioner som gäller för dokumentation i Treseva Patientjournal. Problem tas upp i dokumentationsgruppen och deltagarna förmedlar vidare till sina kollegor. Systemförvaltare skickar även mail med information till samtlig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Systemförvaltare har under hösten 2021 gått igenom samtliga patientjournaler på VÅBO. Under våren 2022 träffade systemförvaltare, enhetschef och MAS samtliga sjuksköterskor och gick igenom förbättringsområden. Hösten 2022 görs genomgång av patientjournaler i hemsjukvården, planerad uppföljning våren 2023.

MAS/MAR har under året reviderat rutinen för kollegial granskning med tillhörande mall. Sjuksköterskor genomförde kollegial granskning under våren med stöd av dokumentationsstödjare. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomförde kollegial granskning yrkesvis med stöd av MAR, EC och dokumentationsstödjare.

### 3.4.1 Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Det finns rutiner och processer för rapportering och utredning av avvikelser och synpunkter och klagomål.

Avvikelser följs upp förvaltningsövergripande varje tertial och en sammanställning av hela året i samband med verksamhetsrapporten för helår. Rapporteras i nämnd.

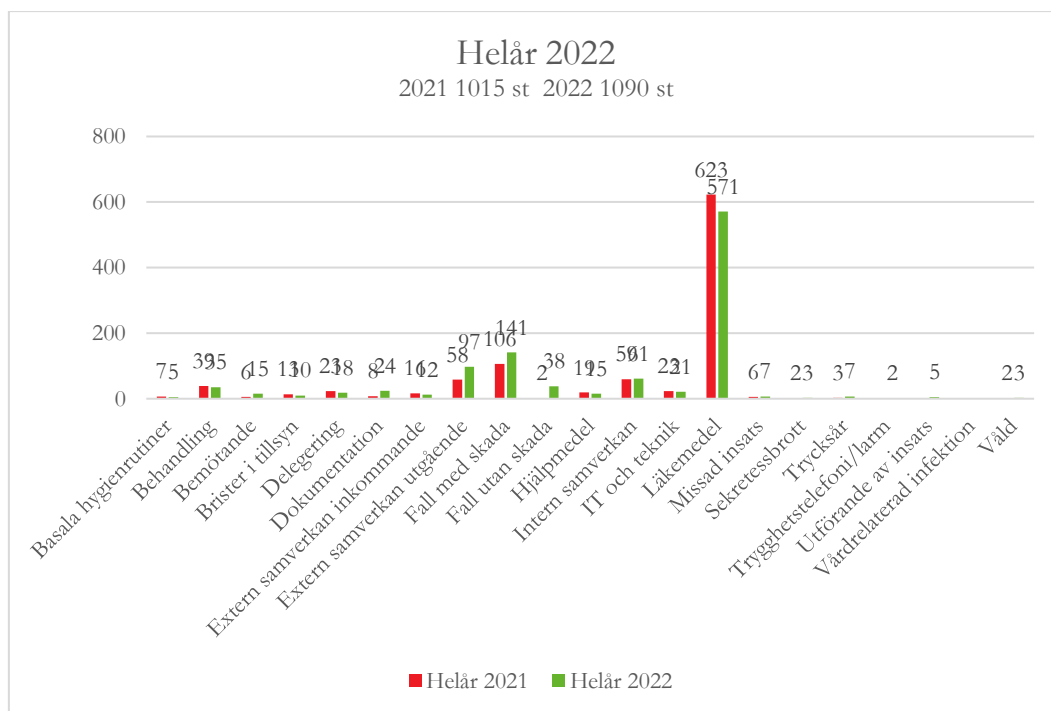
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, personal som utför uppgift på delegering samt personal som biträder legitimerad personal är skyldig att rapportera avvikelser som rör hälso- och sjukvård.

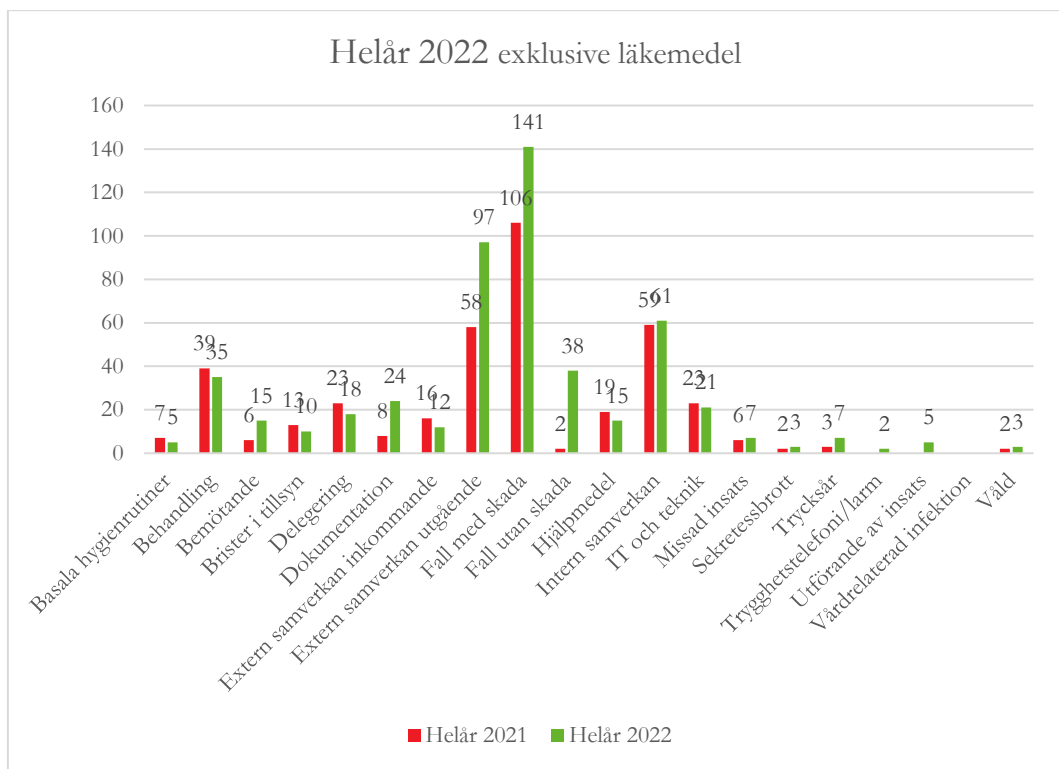
Enhetschef ansvarar, i samarbete med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att utreda avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten.

Avvikelserna går igenom av medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) för att bedöma om händelsen lett till en allvarlig vårdskada, om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas. Förmedlar avvikelser rörande rehabilitering till medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för bedömning.

Externa avvikelser skickas vidare av MAS/MAR som bevakar svar och återkopplar till den som registrerat avvikelserna.

Inkomna externa avvikelser utreds av ansvarig enhetschef och svar skickas vidare av MAS/MAR.





### Analys avvikelser HSL

Antalet avvikelser helår 2021 – 1015 st.

Antalet avvikelser helår 2022 – 1090 st.

Antal slutförda HSL avvikelser under perioden är 492 av 1090 st., 45 % en minskning sedan 2021 från 71 %.

Antalet avvikelser har ökat med 75 st. jämfört med 2021. De vanligaste avvikelserna är Läkemedel, Fall med skada och Extern samverkan utgående.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat från 623 till 571 st. Åtgärder genomförs kontinuerligt för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

- Omvårdnadspersonal ger brukare läkemedel på delegering av sjuksköterska. All omvårdnadspersonal ska göra en webbutbildning Jobba säkert med läkemedel och genomgå en basutbildning av sjuksköterska innan delegering registreras. Vid delegering av insulin ska webbutbildning Vård av äldre med diabetes genomföras.
- Delegeringar följs upp årligen av sjuksköterska och kan dras tillbaka vilket inte görs inte så ofta
- Digital signering och digitala medicinskåp med loggkontroll införs succesivt under 2023

Fall med skada har ökat från 106 till 141 st.

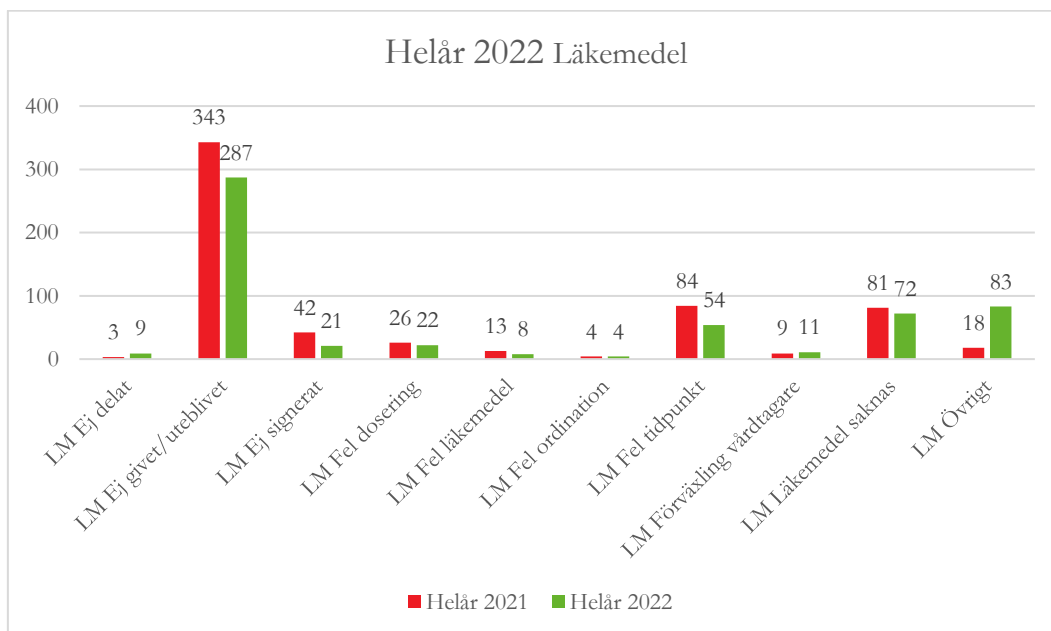
- Samlad forskning visar att fallprevention är mest effektiv om flera professioner samverkar i team. Rutin *Fallprevention – fallregistrering* finns för att stödja teambaserat, systematiskt arbetssätt.

Extern samverkan utgående har ökat från 58 till 97 st.

- Regelbundna samverkansträffar mellan region och kommun
- Riskanalys med handlingsplan har genomförts av hälsocentral tillsammans med kommunen under 2022 och ska följas upp med arbete med förbättringsaktiviteter avseende samverkan inom HSV och VÅBO utifrån den handlingsplan som togs fram under hösten.

#### Förbättringsarbete avvikelser HSL

- Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltningsnivå är nödvändigt
- Ökat teamwork mellan enhetschef och legitimerad personal. Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser av enhetschefer tillsammans med legitimerad personal och omvårdnadspersonal på enheten behöver förbättras
- Avvikelser behöver åtgärdas och slutföras av enhetschef inom 2 månader
- Enheter med en hög andel avvikelser behöver göra en riskanalys och se över enhetens rutiner för att minska antalet fel
- Fortsatt samverkan på olika nivåer mellan hälsocentral, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård



#### Analys Läkemedelsavvikelser

52 % av avvikelserna rör läkemedel, en minskning jämfört med 2022 då andelen var 61 %. Största andelen av avvikelserna rör läkemedel som ej är givna på rätt tid. Orsak är oftast glömska eller slarv. I vissa fall får patienten läkemedlet senare eller så bedömer läkare/sjuksköterska att dosen kan hoppas över.

54 st. rör läkemedel vid fel tidpunkt. Orsak kan vara att det ej var givet rätt tid men personen fick det senare.

Trots att antalet avvikelser gällande läkemedelshantering är många så har det inte lett till någon allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada, däremot gjordes en Lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2022 rörande saknade narkotikaklassade läkemedel.

Förbättringsarbete läkemedelsavvikelser HSL

- Enhetschefer med en hög andel läkemedelsavvikelser behöver göra en riskanalys och tillsammans med sjuksköterska se över enhetens rutiner för att minska antalet fel.

## Fallprevention

Rutin *Fallprevention – fallregistrering* samt *Processer för fall* har reviderats under året

Antalet registrerade fallavvikelser med och utan skada är fortsatt hög och MAS, MAR och SAS har gjort vidare analyser av det teambaserade arbetet kring fall på vård- och omsorgsboende då det bland annat har kollats närmare på hur fall är fördelade över dygnet, om HSL-process finns, olämpliga läkemedel, om registrering gjorts i Senior Alert samt om genomförandeplan och social dokumentation finns.

Analys Fallprevention

Högst andel fall överlag sker mellan kl. 00-07.

För de fem patienter som valdes ut för vidare analys fanns vårdprocess för fall hos 80 %, olämpliga läkemedel hos 20 %, Senior Alert hade registrerats för 60 %, genomförandeplan fanns hos 40 % och SoL dokumentationen kring fallen var 0 %.

Utifrån analysen kan konstateras att brister finns i det teambaserade systematiska arbetssättet kring fallprevention.

Förbättringsarbete Fallprevention

- Alla fallavvikelser ska tas upp på teamträffar.
- Att omvårdnadspersonalen arbetar med ett rehabiliterande förhållningssätt- utbildningsinsatser behövs
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska arbeta strukturerat med tidiga fallförebyggande insatser

### 3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm

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

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



Synpunkter, klagomål och beröm följs upp förvaltningsövergripande varje tertiäl och en sammanställning av hela året i samband med verksamhetsrapporten för helår. Rapporteras i nämnd.

Synpunkter och klagomål från enskilda, från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller Patientnämnden utreds av enhetschef eller MAS/MAR. Vissa synpunkter och klagomål utreds tillsammans med utredare eller verksamhetschef.

	2020	2021	2022
Synpunkter, klagomål och beröm via webben/skriftligt formulär/mail	7	2	4
Klagomål via IVO	3	0	4
Tillsyn från IVO gällande HSL	0	2	1
Klagomål via Patientnämnden	3	6	4

Fyra synpunkter/klagomål har inkommit rörande utförande av insats (2), personalresurser/kontinuitet (1) och övrigt (1).

Fyra klagomål från IVO har inkommit under året gällande rehabinsatser (1), information (1), bedömning (2).

IVO har under året genomfört en tillsyn inom VÅBO som en del av de inspektioner som genomförs i Sveriges samtliga kommuner. Vid inspektionen granskades följande områden beträffande patientsäkerhet; dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2022 finns fyra ärenden till kommunen gällande behandling (1), undersökning/bedömning (2) och omvårdnad (1),

MAS/MAR har handlagt ärendena från IVO och patientnämnden och ansvarig enhetschef synpunkter och klagomål. Ingen av synpunkterna/klagomålen har bedömts som allvarlig vårdskada av MAS.

### 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

#### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



## **Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under hösten 2022 genomför myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på VÅBO i Hudiksvalls kommun. Tillsynen innefattade en granskning av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen och enkäter som besvarades under våren av sjuksköterskor och patienter.

Inspektioner avslutades med ett besök i oktober med intervjuer av patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på VÅBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad till reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation. Samma brister sågs också i Hudiksvalls kommun.

### **Informationssäkerhet**

Avvikelse eller risk för avvikelser rapporteras i avvikelssystemet, dessutom görs en felanmälan till berörd enhet via E-tjänst eller e-post. Under året har 23 avvikelser rörande IT och teknik (datorer, telefoni, IT-system) inkommit och hanterats. De personuppgiftsincidenter som rapporterats enligt GDPR rör merparten felaktig hantering av utskrifter och fysiska brev.

Stickprovskontroller av loggkontroller har genomförts under året. Uppföljningen gjordes bland annat i syfte att säkerställa att medicinsk information hamnar i rätt journal, en förutsättning för att informationen ska förbli konfidentiell, det vill säga att endast de som rätt till informationen har åtkomst. För att säkerställa att detta arbete genomförs av enhetschefen finns det en rutin för loggkontroller.

Det är viktigt att samtliga medarbetare inom HSL-området är informerade och medvetna om dels den digitala säkerheten, dels den fysiska säkerheten såsom hantering av utskrifter mm.

Vidare görs riskanalyser och konsekvensbedömningar i alltför liten omfattning och är ett arbete som bör prioriteras under 2023. Både riskanalyser och konsekvensbedömningar bör ske i grupp för att bedömningen ska bli så bra som möjligt. Det bör inte vara ett arbete som åläggs en medarbetare.

Kvalitetsteamet (KLF) ser över informationen i ledningssystemet och tittar på olika system för att förbättra sökbarheten mm.

## Kontinuitetsplan

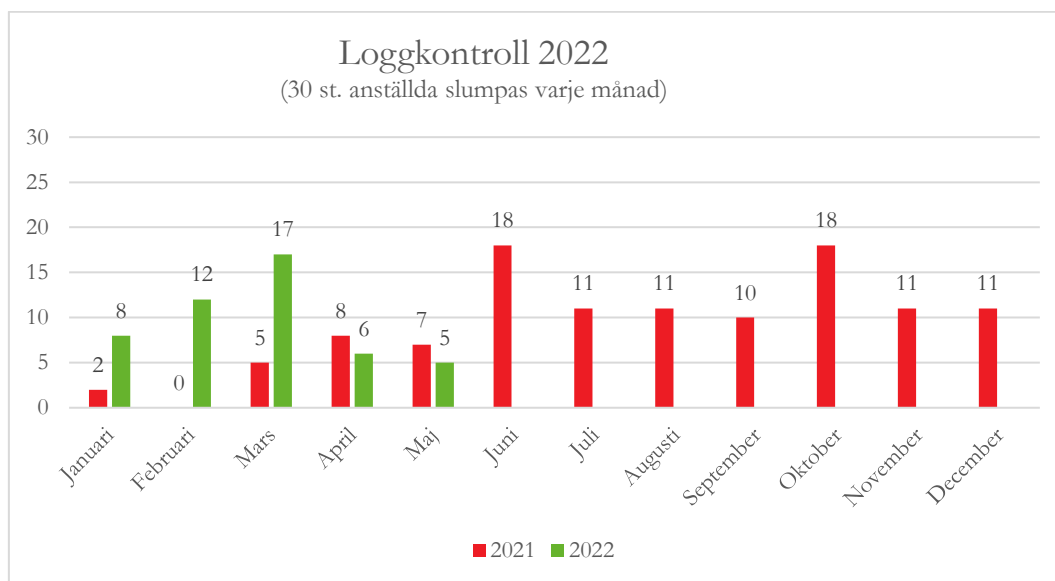
HSL verksamheten har sedan 2019 haft en kontinuitetsplan som tar sin utgångspunkt i kommunens samlade krisstödsarbete.

Kontinuitetsplanen beskriver rutiner som används för att säkerställa kontinuiteten i prioriterad verksamhet när en allvarlig operativ störning eller ett avbrott inträffat.

## Strukturerade loggkontroller (gäller hela förvaltningen)

Syftet med loggkontroll är att säkerställa att hantering av personuppgifter i verksamhetssystem sker enligt gällande lagar och rutiner så att ingen otillbörlig användning sker. Kontrollen ska ske systematiskt och regelbundet samt på förekommen anledning. Loggkontroller är lagstyrda och är en del av social- och omsorgsförvaltningens egenkontrollarbete.

Systemförvaltare tar varje månad fram en logglista på 30 st. slumpmässigt utvalda personer med behörighet i Treserva och skickar till ansvarig chef. Ansvarig chef genomför loggkontroll samt utreder misstänkt olovlig hantering.



### Analys Loggkontroller

Ingen olovlig hantering har förekommit under perioden.

Under juni - december finns inga loggkontroller registrerade pga. bugg i systemet på händelselogen i Treserva efter uppdatering. Leverantör CGI och systemförvaltare jobbar på en lösning av problemet.

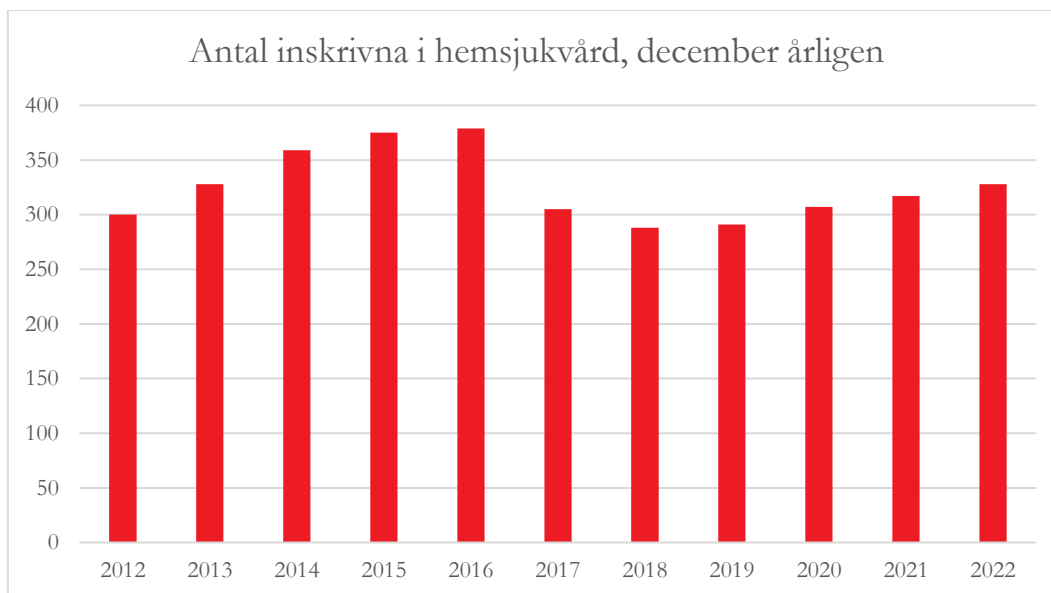
### Förbättringsarbete Loggkontroller

- Fler loggkontroller måste genomföras och rapporteras av enhetschef

## Hemsjukvård i ordinärt boende

Antalet inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende har under året varierat mellan 314 och 337 st. när vi månadsvis rapporterat till region Gävleborg.

2012 visar antalet man skatteväxlade för vid övertagande av hemsjukvård 2013 (300st.). Belastningen på hemsjukvård i ordinärt boende har under året varit högre än bemanning utifrån budget.



## 4. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Med reservation för att Social- och omsorgsnämnden kan besluta om andra mål och uppdrag för 2023.

### Nämndens mål och indikatorer 2023

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter

**Mål: Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet**

***Indikator:** Andel personer med HSV som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring) - mål 85 %*

***Indikator:** Andel personer på VÅBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring) - mål 90 %*

**Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter**

***Indikator:** Följsambet till basala hygienrutiner och klädregler i särskilt boende för äldre, mål (100 %)*

**Mål: Samhällstjänster av högsta kvalitet**

***Indikator:** Minst 80% av våra medarbetare ska uppleva att vi är en attraktiv arbetsgivare*

### Internkontroll 2023

Rutin/ process/ system	Kontroll- moment	Kontroll- metod	Risk- o väsentlighets bedömning	Frekvens
Vård och omsorg vid demenssjukdom	Andel av prioriterade rekommendationer 1–2 i nationella riktlinjen som uppfylls	Granskning	3*3 9	1 ggr/år
Medicinhantering inom vård och omsorg	Att anställda som hanterar medicin har aktuell delegering	Stickprov	4*4 16	1 ggr/år

Systematiskt arbete med avvikelser	Slutförs avvikelser inom två månader med dokumenterade åtgärder	Totalundersökning, 3 perioder	4*3 12	3 ggr/år
Hantering av personuppgifter	Genomförs och återrapporteras loggkontroller enligt rutin	Totalundersökning	3*3 9	3 ggr/år

### Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2023

Inga uppdrag från kommunfullmäktige till HSL under 2023.

### Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2023

- Kontinuitetsplaner för verksamheterna

## Egna mål och strategier 2023

### Egna mål 2023

Utifrån nämndens mål: **Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet samt Ökad kvalitet i våra verksamheter**

#### Teamsamverkan

***Indikator:** Alla enheter har genomfört minst 2 omvårdnadsträffar per månad med deltagande av legitimerad personal - mål 100%*

#### Fallprevention

***Indikator:** Andel avvikelser som rör fall utan skada, av totala antalet avvikelser - mål 30 %*

#### Läkemedel

***Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 50 %*

#### Kvalitetsregister

***Indikator:** Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk - mål 100 %*

***Indikator:** Andel registrerade risker för blåsdysfunktion i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk – mål 100 %*

***Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 90 %*

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 %

**Indikator:** Andel NPI poäng (Neuro Psychiatric Inventory) vid senaste mätningen i BPSD-registret - mål lägre än 13 poäng

## Hygien

**Indikator:** Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler) inom äldreomsorg och funktionsnedsättning - mål 100 %

## Dokumentation

**Indikator:** Andel arbetsterapeuter som genomfört kollegial journalgranskning - mål 100 %

**Indikator:** Andel fysioterapeuter som genomfört kollegial journalgranskning - mål 100 %

**Indikator:** Andel sjuksköterskor som genomfört kollegial journalgranskning - mål 100 %

## Förskrivningsrätt

**Indikator:** Andel legitimerade arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webb utbildning Förskrivning av hjälpmedel under en 5-årsperiod - mål 100 %

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivning av förbrukningsmaterial - mål 100 %

## Skyddsåtgärder

**Indikator:** Andel åtgärder där samtycke till skyddsåtgärd finns - mål 100 %

**Indikator:** Andel genomförda riskanalyser innan insättande av skyddsåtgärd - mål 100 %

## Rehabilitering

**Indikator:** Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått bedömning av arbetsterapeut - mål 100 %

**Indikator:** Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått bedömning av fysioterapeut - mål 100 %

**Indikator:** Andel personer nyinskrivna i HSV som har fått bedömning av arbetsterapeut - mål 50%

**Indikator:** Andel personer nyinskrivna i HSV som har fått bedömning av fysioterapeut- mål 50%

## Hjälpmedel

**Indikator:** Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 %

**Indikator:** Att webb utbildning om hjälpmedel tas fram - mål 100 %

**Indikator:** Att webb utbildning genomförs av omvårdnadspersonal (månads- och timvikarier) via rekryteringsenheten - mål 50 %

## Egna strategier 2023

### Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig	Status
Rutiner, riktlinjer och processer uppdateras vid behov.	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Pågående arbete
Nya rutiner och riktlinjer tas fram vid behov.	MAS/MAR/VC HSL/EC HSL	Pågående arbete
Utse arbetsterapeut och fysioterapeut med ansvar att utbilda rehabombud. Utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud.	VC/EC	Pågående arbete
Fastställd utbildningsplan för utbildning inom förflyttningsteknik och handhavande av lyft.	VC HSL	Pågående arbete
Rutin för periodisk inspektion av lyftsele	EC rehab-enheten, MAR	Pågående arbete
Kollegial journalgranskning ska utföras enligt rutin.	EC HSL/ dok. stödjure	Pågående arbete
Avvikelse rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelse, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring skyddsåtgärder; Riskanalys, teamarbete, samtycke.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Skapa god vårdhygienisk standard genom att aktivt arbeta med hygienfrågor t ex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC	Pågående arbete
Utse Senior alert stödjure med avsatt tid för att förbättra arbetet med riskbedömningar	VC	Pågående arbete
Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt	VC	Ej påbörjat
Vidta åtgärder och följa upp identifierade insatser i SKR: analysverktyg patientsäkerhet	VC	Pågående arbete

### Ansvar

- Enhetschef ansvarar för hög följsamhet till föreskrifter, riktlinjer och rutiner.



- Enhetschef med hög andel avvikelser behöver göra riskanalys och se över enhetens rutiner för att öka patientsäkerhet och förhindra att det händer igen.
- Introduktionsplan för leg personal ska vara aktuell, gås igenom av utsedd person som är ansvarig för introduktionen samt följas upp av enhetschef.

#### Samverkan

- Teamarbete enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal för att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet för dem vi är till för.
- Fortsatt samverkan på olika nivåer mellan hälsocentral, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård.

#### Kvalitetsförbättrande åtgärder

- Patientsäkerhetsperspektiv i förvaltningen.
- Vidta åtgärder utifrån beslut vid Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning.
- Handlingsplan för ökad patientsäkerhet finns.
- Kvalitetsutvecklare HSL med avsatt tid för att bistå enhetschefer i förbättringsarbete så att verksamheten når de uppsatta målen inom patientsäkerhetsområdet.
- Utbildning i smärtskattning och munhälsobedömning.
- Riskbedöma och registrera blåsdysfunktion i Senior alert.
- Webb-utbildning förskrivning av förbrukningsartiklar genomförs av samtliga sjuksköterskor.
- Fortsatt arbete med basal hygien och klädregler.
- Utbildningssatsning till omvårdnadspersonal i rehabiliterande förhållningssätt.
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar utifrån ett hälsofrämjande och preventivt arbetssätt.

#### Framtida utmaningar

- Omställningen till Nära Vård- förskjutning av hälso- och sjukvård från den slutna vården till den primära vården, både regionens hälsocentraler och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Den demografiska utvecklingen.
- Förändrat arbetssätt vid införande av välfärdsteknik.
- Samverkan mellan hälsocentralens rondande läkare och kommunens sjuksköterskor.
- Ett förbättringsområde i förvaltningen är att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.
- Att få till en välfungerande teamsamverkan på alla enheter för att skapa en helhetssyn och på så vis ge bästa möjliga vård och omsorg.
- Arbeta systematiskt med personcentrerad demensvård och kvalitetsregister.
- Rekrytering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och utbildade undersköterskor.

