

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Social- och omsorgsförvaltningen



Hudiksvalls

Dnr 2022-20-779

Innehåll

1	Sammanfattning	2
1.1	Nämndens mål.....	2
1.2	De viktigaste åtgärderna som vidtagits.....	2
1.3	De viktigaste resultaten som uppnåtts.....	2
1.4	En blick framåt.....	2
2	Inledning	3
2.1	Nya lagar och författningar inom hälso- och sjukvård.....	3
3	STRUKTUR	4
3.1	Övergripande mål och strategier 2021.....	4
3.1.1	Nämndens mål och indikatorer 2021.....	4
3.1.2	Internkontroll 2021.....	4
3.1.3	Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2021.....	4
3.1.4	Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2021.....	4
3.2	Egna mål och strategier 2021.....	4
3.2.1	Egna mål 2021.....	4
3.3	Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
3.4	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
3.5	Patienters och närståendes delaktighet.....	9
3.6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
3.7	Klagomål och synpunkter.....	10
3.8	Egenkontroll.....	10
4	PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
4.1	Avvikelse.....	12
4.2	Delegering.....	12
4.3	Dokumentation.....	12
4.4	Egenkontroll.....	12
4.5	Hjälpmiddel.....	12
4.6	Skyddsåtgärder.....	13
4.7	Informationsöverföring.....	13
4.8	Kompetensförsörjning.....	13
4.9	Ledningssystem.....	13
4.10	Läkemedel.....	13
4.11	Riskbedömningar/Kvalitetsregister.....	14
4.12	Samverkan.....	15
4.13	Riskanalys.....	15
4.14	Utredning av händelser - vårdskador.....	16
4.15	Informationssäkerhet.....	16
5	RESULTAT OCH ANALYS	17
5.1	Mål och strategier.....	17
5.1.1	Nämndens mål och indikatorer 2021.....	17
5.1.2	Egna mål och strategier 2021.....	18
5.2	Egenkontroll.....	21
5.2.1	Kvalitetsregister.....	21
5.2.2	Senior alert.....	21
5.2.3	Svenska palliativregistret.....	24

5.2.4	BPSD registret.....	26
5.2.5	SveDem (Svenska demensregistret).....	30
5.2.6	Stjärnmärkt	30
5.2.7	Demensteamet	30
5.2.8	Trycksår.....	31
5.2.9	Analys	32
5.2.10	Kateter (KAD)/Urinvägsinfektion (UVI)	32
5.2.11	Analys	33
5.2.12	Basala hygienrutiner och klädregler	33
5.2.13	Vårdhygienisk egenkontroll	34
5.2.14	Hygienrond.....	35
5.2.15	Självskattning.....	35
5.2.16	PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler)	35
5.2.17	Resultat.....	36
5.2.18	PPM-HALT.....	38
5.2.19	Informationssäkerhet	40
5.2.20	Dokumentation.....	41
5.2.21	Strukturerad journalgranskning	42
5.2.22	Strukturerade loggkontroller.....	42
5.2.23	Nationell patientöversikt (NPÖ).....	43
5.2.24	Läkemedelshantering.....	43
5.2.25	Fallprevention	44
5.2.26	Teamsamverkan	44
5.2.27	Skyddsåtgärder	45
5.2.28	Aktivitets och funktionsbedömning.....	47
5.2.29	Förskrivarutbildning - hjälpmedel.....	47
5.2.30	Uppföljning av lyftselar	47
5.2.31	Förflytningsutbildning	48
5.3	Avvikelser.....	48
5.4	Synpunkter, klagomål och beröm.....	51
5.5	Händelser och vårdskador.....	51
5.5.1	Lex Maria	52
5.6	Risikanalys	52
5.7	Internkontroll	53
5.8	Hemsjukvård i ordinärt boende.....	54
6	Mål och strategier för kommande år	55
6.1	Nämndens mål och indikatorer 2022.....	55
6.2	Internkontroll 2022.....	55
6.3	Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2022.....	55
6.4	Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2022	55
6.5	Egna mål och strategier 2022.....	55
6.5.1	Egna mål 2022.....	55
6.5.2	Egna strategier 2022.....	57
6.5.3	Prioriterade utbildningar 2022.....	59
6.5.4	Framtida utmaningar.....	59

1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har under året mest fokuserat på åtgärder runt coronapandemin. Kommunens MAS/MAR har haft tät samverkan med Region Gävleborg, Smittskydd, Vårdhygien och de lokala hälsocentralerna, och informerat vidare ut i verksamheterna. MAS har varit sakkunnig i kommunens krisledningsarbete.

Coronapandemin har medfört ett pressat läge för verksamheterna under året. Det har under perioder varit utbrott på olika enheter. När många patienter och medarbetare varit sjuka har det bidragit till en mycket ansträngd situation. Teamsamverkan har försvärats pga. restriktioner kring fysiska möten.

Trots pandemin har arbete med målen för patientsäkerhetsarbetet 2021 genomförts med undantag från enstaka aktiviteter som ställts in. Egenkontroller har genomförts enligt plan, rutiner och riktlinjer har uppdaterats och nya tagits fram under året.

Med anledning av ett stort underskott påbörjades en kraftsamling för att vända den negativa trenden inom Social och omsorgsförvaltningen. Sedan kraftsamlingen har fokus legat på denna och mindre på patientsäkerhetsarbetet.

1.1 Nämndens mål

Andel personer med en aktuell riskbedömning i Senior alert är fortfarande låg.

Basala hygienrutiner på vård och omsorgsboenden följs inte till 100 %.

1.2 De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Ledningsgrupp HSL tillsattes under året med syfte att aktivt arbeta med patientsäkerhetsfrågor på övergripande nivå inom förvaltningen.

Ledningsgrupp SOM beslutade att verksamhetschefsansvar enligt HSL åligger verksamhetschef för vård och omsorg 1.

1.3 De viktigaste resultaten som uppnåtts

Patienter inom vård och omsorg har under året erbjudits tre doser vaccination mot covid-19, en hög andel vaccinerades vilket har gett gott resultat gällande smittspridning och svår sjukdom. Merparten av medarbetarna har också vaccinerats under året.

Ny riktlinje hjälpmedel/medicintekniska produkter togs fram utifrån nytt regelverk kring medicintekniska produkter.

1.4 En blick framåt

Omställning till Nära vård innebär att den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för ökar i betydelse och omfattning. Kommunens patientsäkerhetsarbete

behöver därför stärkas i enlighet med nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Kommunen behöver använda sig av SKR:s analysverktyg för att få ökad systematik i patientsäkerhetsarbetet.

Man behöver få till ett väl fungerande teamarbete då det är grunden till en hög patientsäkerhet på enheterna.

2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

2.1 Nya lagar och författningar inom hälso- och sjukvård

- Lag om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (SFS 2021:4) - trädde i kraft 8 januari 2021
- Lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista, trädde delvis i kraft 1 maj 2021
- EU Förordning 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR) - trädde i kraft fullt ut 26 maj 2021
- Lag om medicintekniska produkter (SFS 2021:600)
- Förordning med kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om medicintekniska produkter (SFS 2021:631)
- Socialstyrelsens föreskrift om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (HSLF FS 2021:52)

3 STRUKTUR

3.1 Övergripande mål och strategier 2021

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

En samlad analys redovisas under Resultat och analys, se sid.17.

3.1.1 Nämndens mål och indikatorer 2021

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% följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, VÅBO – mål 100 %

3.1.2 Internkontroll 2021

4 internkontroller rörande patientsäkerhetsarbete har genomförts under året se sid.53

3.1.3 Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2021

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

3.1.4 Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2021

- Säkrad kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor

3.2 Egna mål och strategier 2021

3.2.1 Egna mål 2021

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

Teamsamverkan

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

Läkemedel

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

Indikator: Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - 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 personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 100 %

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) - mål 100 %

Dokumentation

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

Förskrivningsrätt

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

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivarutbildning 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 fått bedömning av arbetsterapeut inom tre veckor - mål 100 %

Indikator: Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av fysioterapeut inom tre veckor - mål 100 %

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 rekryteringsenheten som genomfört webb utbildning om hjälpmedel – mål 100 %

Egna strategier 2021

Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig
Skapa struktur för samverkan med VC HSL och MAS/MAR för att säkerställa att patientens behov av säkerhet i vården tillgodoses.	FC/VC
Utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud/utbildare i förflyttningsteknik. Ta fram en uppdragsbeskrivning.	VC/EC
Öka kunskapen kring hjälpmedel och risker vid hantering av hjälpmedel.	MAR
Journalgranskning ska utföras enligt rutin.	MAS/MAR
Delegeringsutbildning ska genomföras på verksamhets- och enhetsnivå enligt rutin.	EC SSK
Avvikelse rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelse, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten
Skapa god vårdhygienisk standard genom att aktivt arbeta med hygienfrågor tex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC
Utbildning till certifierad utbildare i BPSD	VC
Skapa ett multiprofessionellt demensteam	VC
Starta upp arbetet med nationella riktlinjer gällande demens, palliativ vård, stroke m.fl.	VC
Rutin för rengöring av hjälpmedel i ordinärt boende	VC
Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt	VC
Rutin för periodisk inspektion av lyftsele	MAR

3.3 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Social- och omsorgsnämnden har som vårdgivare yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsberättelsen redovisas i samband med verksamhetsrapporten för helår i nämnd.

Vårdgivaren har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att skriva patientsäkerhetsberättelse 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 anmälningsskyldighet 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.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

Länets MAS/MAR träffas regelbundet under terminerna för att få en samsyn kring patientsäkerhetsarbetet i länets kommuner. Under pandemin har länets MAS/MAR haft regelbundna möten med Smittskydd och Vårdhygien.

Verksamhetschefer från primärvården, vårdenhetschefer från slutenvården samt kommunens biträdande förvaltningschef, MAS, MAR träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor.

Vårdkoordinatorer (slutenvård, primärvård, kommun), socialsekreterare, MAS och MAR träffas varje kvartal 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 regelbundet för gemensam översyn av hjälpmedelsrutin samt forskrivningskriterier.

Rehab Norra Hälsingland (kommunerna, hälsocentralerna och specialistvården) har regelbundna samverkansmöten sedan hösten -21.

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. Vid behov finns representanter från handläggarenheten med.

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.

Det mobila sjukvårdsteamet 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 startades upp under 2021 med representanter från varje kommun.

Avtal finns med regionens Läkemedelsenhet så att en farmaceut medverkar vid den årliga kvalitetsgranskningen gällande läkemedelshantering. Hudiksvalls kommun har tillgång till farmaceut 17 dagar/år.

Länets MAS/MAR har regelbundna träffar med primärvårdens chefläkare.

Hudiksvalls kommuns MAS representerar länets kommuner i styrgruppen för STRAMA Gävleborg (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

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.

När behov uppstår bistår regionens kliniska träningscentrum KTC med utbildning.

3.5 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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 samt vid inflytt på vård och omsorgsboende.

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

3.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 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 tertiäl 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 avvikelsen.

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

En samlad analys redovisas under Resultat och analys – Avvikelser, se sid.48

3.7 Klagomål och synpunkter

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

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

Synpunkter och klagomål 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.

En samlad analys redovisas under Resultat och analys – Synpunkter, klagomål och beröm, se sid.51

3.8 Egenkontroll

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

Kvalitetsregister och egenkontroller följs upp förvaltningsövergripande varje tertiäl och en sammanställning av hela året i samband med verksamhetsrapporten för helår. Rapporteras i nämnd.

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
Trycksår, kateter (KAD) och behandlad 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 standard, enkät Självskattning
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Dokumentation	1 gång per år 1 gång per år Löpande under året	Strukturerad journalgranskning Kollegial journalgranskning Strukturerad loggkontroll
Förskrivarutbildning - hjälpmedel	1 gång per år	Enkät
Uppföljning av lyftselar	1 gång per år	Enkät
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Enkät, v. 12 och v. 38
Nybesök av arbetsterapeut och fysioterapeut på VÅBO	Löpande under året	Enkät
Teamsamverkan omvårdnadsträff	1 gång per år	Enkät

En samlad analys redovisas under rubriken Resultat och analys – Egenkontroll, se sid.21

Egna mål 2022, se sid.55

4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2021 har arbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:

4.1 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.

4.2 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 HSL personal.

4.3 Dokumentation

Dokumentationsgruppen träffas var sjätte vecka, diskuterar och fattar beslut om övergripande dokumentationsfrågor samt utbildar kollegor.

Fortsatt arbete med strukturerad dokumentation och utvecklande av vårdprocesser. Systemförvaltare genomför regelbundna tester för att säkerställa dokumentation i patientjournalen.

4.4 Egenkontroll

Egenkontroller genomförs av MAS/MAR.

4.5 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.

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.

4.6 Skyddsåtgärder

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

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

4.7 Informationsöverföring

Lifecare SPU/Lifecare SIP är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutenvård, 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.

4.8 Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning av legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor är ett problem. Då det är svårt att bibehålla kontinuitet leder det till stora svårigheter att utveckla och följa upp verksamheten.

4.9 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, författningar, riktlinjer, rutiner går igenom vid MAS/MAR träffar med legitimerad personal.

4.10 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.

4.11 Riskbedömningar/Kvalitetsregister

Senior alert, BPSD och SveDem används för att strukturerat jobba med riskbedömning på individnivå. Palliativregistret används för att följa upp vård i livets slut.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och ger varje vårdgivare möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individ till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Varje tertial rapporterar MAS antal inmatade riskbedömningar, andel med risk, andel bakomliggande orsaker vid risk, andel åtgärder vid risk, andel åtgärder vidtagna vid risk, antal trycksår, antal personer med lågt BMI, antal fall samt antal med bedömd munhälsa grad 2 till verksamhetschefer, enhetschefer och legitimerad personal.

Riskbedömning och åtgärder enligt Senior alert är ett av Nämndens verksamhetsmål 2021, Resultat och analys – Nämndens mål och indikatorer, se sid.17

Fall som leder till skada som åtgärdats av läkare eller sjuksköterska registreras som avvikelser och orsak analyseras av ansvarig chef. Från 2020 registreras även fall utan skada som en avvikelse. Alla fall ska dessutom registreras i Senior alert.

Munhälsobedömning – ROAG J (Revised Oral Assessment Guide) är integrerat i Senior alert. Med hjälp av ROAG-J kan munhälsoproblem identifieras inom vård- och omsorg med god systematik. En stor fördel med instrumentet är att ett gemensamt språk skapas för alla berörda. Målet är att vård och omsorg av våra äldre skall präglas av ett förebyggande arbetssätt med tydlig struktur så att resultaten kan återkopplas. Allt för att förbättra munhälsa och allmänhälsa hos äldre och sjuka. Bedömningen är indelad i tre grader:

Grad 1 – Friskt eller normalt tillstånd

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård

God munhälsa är viktigt i flera olika aspekter, munhälsa och allmänhälsa hör ihop. Dålig munhälsa kan leda till smärta, undernäring, lunginflammation, hjärt-och kärlsjukdomar, blodförgiftning, svårinställd diabetes, utveckling av demenssjukdom, försämrad livskvalitet.

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan

använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från svenska palliativregistret för uppföljning.

Registreringar i palliativregistret utförs av slutenvård, primärvård och kommunen i samma register.

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.

Att arbeta med BPSD-registret och en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- Ökad livskvalité för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Syftet med **SveDem** är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling.

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.

4.12 Samverkan

Samverkan sker regelbundet inom förvaltningen och med region Gävleborg.

4.13 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 Resultat och analys – Riskanalys, se sid.52

4.14 Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

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 klarlägga 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.

En samlad analys redovisas under rubriken Resultat och analys – Händelser och vårdskador, se sid.51

4.15 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

1 mars 2017 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården i kraft. Den ersätter Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

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 Resultat och analys – Riskanalys, se sid.52

5 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

5.1 Mål och strategier

5.1.1 Nämndens mål och indikatorer 2021

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

Indikator	2018	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel personer med HSV/SÄBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)	52,2 %	44,1 %	46,5 %	36,8 %	85 %

Analys Senior alert

Låg andel riskbedömningar inlagda, 325 st. av ca 881 unika personer >65 år, 36,8 %. En minskning sedan föregående år. Högre andel i vård- och omsorgsboende och ett fåtal i hemsjukvård.

Det rekryteras hela tiden nya sjuksköterskor och hemsjukvården har svårt att samordna hemtjänstens resurser vid en riskbedömning.

Förbättringsarbete Senior alert

- Utse en Senior alert stödjare med avsatt tid för att förbättra resultat gällande trycksår, undernäring, munhälsa, fall och blåsdysfunktion
- Ett väl fungerande teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert
- Se över arbetssätt/teamarbete för hemsjukvården/hemtjänsten att få till sitt Senior alert arbete
- 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.

Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter

Indikator	2018	2019	2020	2021 v.11-12	Mål 2021
Andelen enheter som har 100 % följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, VÅBO	--	33 %	50 %	78 %	100 %

Analys PPM-BHK

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har stigit något sedan höstens mätningar. 405 observationer har registrerats.

Samtliga 8 steg och 4 hygiensteg borde förbättras. Lägst är Desinfektion av händer före och Förkläde samt Naglar. Att komma i kontakt med brukare med orena händer och en oren arbetsdräkt är en stor smittspridningsrisk.

Förbättringsarbete PPM-BHK

- Ökad följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler
- Under Coronapandemin behöver enhetschef kontinuerligt säkerställa att all personal följer basala hygienrutiner och klädregler
- Samtliga anställda ska genomföra de webbaserade utbildningar som finns och repetera regelbundet
- Samtliga enheter ska använda Hygienöverenskommelsen (finns på hint/Rutiner/Hygien)

Mål och strategier för kommande år se sid.55

En samlad analys redovisas under rubriken Resultat och analys – Senior alert, se sid.21

5.1.2 Egna mål och strategier 2021

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

Indikator	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	92 %	93 %	91 %	100 %

Analys

91 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (429 av 469 riskbedömningar).

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

Indikator	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	71,4%	25,9%	91,9%	100 %
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	51,4%	45,5%	86,7%	100 %

Analys

Av 173 personer fick 159 personer bedömning av arbetsterapeut och 150 personer bedömning av fysioterapeut inom de tre första veckorna från inflytt. För analys se sid.47

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: 61%**

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: 91 %**

Indikator: Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat: 26,7 %**

Indikator: Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat: 25,2 %**

Indikator: Andel NPI poäng (Neuro Psychiatric Inventory) vid senaste mätningen i BPSD-registret - mål lägre än 13 poäng **Resultat: 18 poäng**

Hygien

Indikator: Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler) - mål 100 % **Resultat: v.11-12 77,8 %**

Dokumentation

Indikator: Andel legitimerad personal som genomfört journalgranskning - mål 75 % **Resultat: Journalgranskning har genomförts av samtliga fysioterapeuter och 3 sjuksköterskor. Arbetsterapeuter har ej genomfört journalgranskning under 2021.**

Förskrivningsrätt

Indikator: Andel legitimerade arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webbutbildning Förskrivarutbildning hjälpmedel - mål 100 % **Resultat: 100%**

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivarutbildning inkontinenshjälpmedel - mål 100 % **Resultat: ca. 10 %**

Hjälpmedel

Indikator: Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 % **Resultat: 97 %**

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

Resultat: Ingen uppföljning under året.

Indikator: Andel omvårdnadspersonal (månads- och timvikarier) via rekryteringsenheten som genomfört webbutbildning om hjälpmedel – mål 100%

Resultat: 97,1 % genomfört webbutbildning och 76,5 % genomfört tillhörande kunskapstest.

Egna strategier 2021

Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig	Status
Skapa struktur för samverkan med VC HSL och MAS/MAR för att säkerställa att patientens behov av säkerhet i vården tillgodoses.	FC/VC	Klart
Rutin ska vara känd och aktuell riskanalys ska alltid finnas för personer som har skyddsåtgärder.	EC	Pågående arbete
Planera för att utse och utbilda omvårdnadspersonal till utbildare i förflyttningsteknik.	VC/EC	Klart
Planera för att utse rehabombud på samtliga VÅBO samt arbetsterapeut och fysioterapeut med ansvar att utbilda dessa.	VC/EC	Pågående arbete
Öka kunskapen kring hjälpmedel och risker vid hantering av hjälpmedel.	MAR	Pågående arbete
Namngivna personer (en/flera) ska finnas som ansvariga för att leda och samordna informationssäkerhetsarbetet.	Förvaltningen	Utsedd
Journalgranskning/kollegial granskning ska utföras enligt rutin.	MAS/MAR	Pågående arbete
Avvikelse rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	EC	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 tex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC	Pågående arbete

5.2 Egenkontroll

5.2.1 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 att ansluta till RiksSår - ett verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, webutbildning, rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden.

5.2.2 Senior alert

2021 januari-december

Sverige / Kommun / Region		År	Typ av enhet							
Hudiksvalls kommun		2021	Alla							
		Vårdprevention				Utfall				
Uppåt	Unika personer	Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2	
	Hudiksvalls kommun	325	94%	89%	91%	72%	48	123	344	129
	Edsbacka	38	95%	100%	98%	98%	5	12	17	23
	Edshammar	19	100%	95%	100%	14%	2	4	8	7
	Forsa rehab	0	0%	0%	0%	0%	1	0	1	0
	Forsgården	21	89%	44%	44%	21%	3	13	17	7
	Fredens kulle	43	92%	86%	91%	86%	5	17	19	22
	Fredens kulle korttids	2	100%	100%	100%	78%	0	4	1	1
	Frejagården	20	90%	72%	56%	0%	3	6	7	7
	Helenedal	12	100%	92%	100%	100%	0	4	1	4
	Håsta	0	0%	0%	0%	0%	2	5	13	0
	Ingsta ÅO	30	96%	92%	100%	98%	5	9	43	3
	Lyckbacken	28	100%	85%	98%	100%	9	10	88	16
	Månsbacken	19	78%	100%	92%	8%	0	5	29	5
	Rosenborg	10	100%	100%	90%	0%	1	6	3	6
	Tryggebo ÅO	47	95%	99%	99%	76%	7	17	82	20
	Tunbacka	14	87%	46%	46%	0%	2	9	8	1
	Målvården			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %				
				25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %				
				0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

Hudiksvall Hemsjukvård	26	97% 31 av 32	87% 27 av 31	100% 31 av 31	50% 17 av 34	3 3 personer	3 3 personer	7 7 personer	8 8 personer
Hudiksvall Bjuråker Svågadalen hemsjukvård	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Hudiksvall Delsbo hemsjukvård	3	100% 3 av 3	100% 3 av 3	100% 3 av 3	33% 1 av 3	0 0 personer	2 2 personer	2 2 personer	1 1 personer
Hudiksvall Forsa hemsjukvård	17	95% 20 av 21	95% 19 av 20	100% 20 av 20	55% 11 av 20	0 0 personer	1 1 personer	1 1 personer	6 6 personer
Hudiksvall Iggesund hemsjukvård	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	3 3 personer	0 0 personer
Hudiksvall Njutånger Enånger hemsjukvård	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Hudiksvall Norr	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	1 1 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Hudiksvall Söder	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	1 1 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Hudiksvall Västra	6	100% 6 av 6	63% 6 av 8	100% 8 av 8	45% 6 av 11	0 0 personer	0 0 personer	1 1 personer	1 1 personer
Hudiksvall Öster	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	1 1 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer

Av 881 personer på vård och omsorgsboende och hemsjukvård i ordinärt boende finns 325 unika personer registrerade i Senior alert, 36,8 %. En ökning sedan föregående tertial.

91 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (429 av 469 riskbedömningar).

Övrig registrering i Senior alert

Trycksår registrerade i Senior alert under 2021

37 unika personer hade under perioden 48 trycksår totalt. De tre vanligaste bakomliggande orsakerna var Huden utsätts för ökat tryck (115), Nedsatt födointag (68), Annan orsak (43).

Kategori 1 – 26 st. Hudrodnad som inte bleknar vid tryck

Kategori 2 – 10 st. Delhudskada

Kategori 3 – 8 st. Fullhudskada

Kategori 4 – 4 st. Djup fullhudskada

BMI i Senior alert

123 unika personer hade ett BMI <22. De tre vanligaste bakomliggande orsakerna var Bakomliggande sjukdom (208), Annan orsak (80), Mer än 11 timmars nattfasta (59).

Fall i Senior alert

126 unika personer som registrerats har sammanlagt fallit 344 gånger. De tre vanligaste bakomliggande orsakerna var Bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk (219), Nedsatt balans och rörelsemönster (187), Förvirring, desorientering, oro eller upprördhet (163). Konsekvenser blev Inga konsekvenser (264), Sårskada (32), Mjukdelsskada (25).

Munhälsa/ROAG i Senior alert

129 unika personer har en registrerad risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3. Hos dessa är 442 st. riskbedömningar av munhälsa gjorda, 417 st. riskbedömningar

med ROAG-J genomfördes. De tre vanligaste bakomliggande orsakerna var Annan orsak (110), Nedsatt förmåga att förstå information och instruktion (82), Nedsatt funktion i hand/arm eller tillstånd som försvårar munvård (40).

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal (344 st.)

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård (102 st.)

Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall

I Senior alert finns även en modul rörande blåsdysfunktion. Det är önskvärt att man även utreder och följer upp personer med inkontinens samt att sjuksköterska förskriver rätt sorts inkontinensskydd när det finns behov.

Sverige / Kommun / Region		År	Typ av enhet			
Hudiksvalls kommun		2021	Alla			
Vårdprevention						
Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Utfall	
Hudiksvalls kommun	0 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 1	0% 0 av 1

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter

Nämndens verksamhetsmål - Skapa värde för kommuninvånare genom att ge stöd, vård och omsorg av god kvalitet

Indikator	2018	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel personer med HSV/SÄBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring).	52,2 %	44,1 %	46,5 %	36,8 %	85 %

Eget mål

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

Indikator	2018	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	92 %	92 %	93 %	91 %	100 %

Analys Senior alert

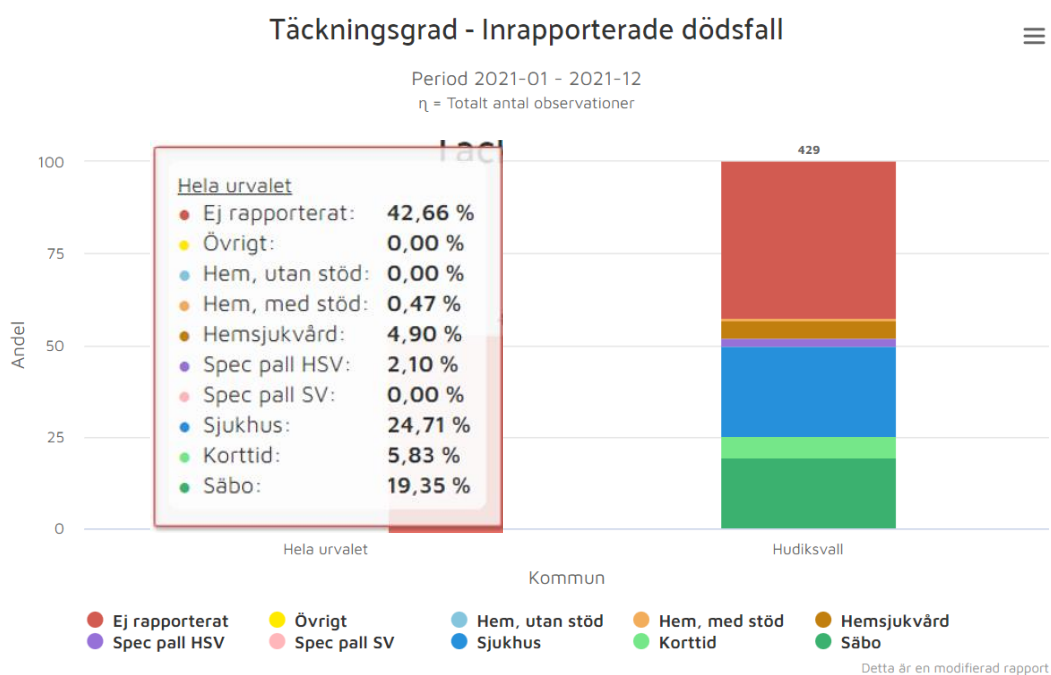
Låg andel riskbedömningar inlagda, 325 st. av ca 881 unika personer >65 år. Högre andel i vård- och omsorgsboende och ett fåtal i hemsjukvård. Det rekryteras hela

tiden nya sjuksköterskor och hemsjukvården har svårt att samordna hemtjänstens resurser vid en riskbedömning.

Förbättringsarbete Senior alert

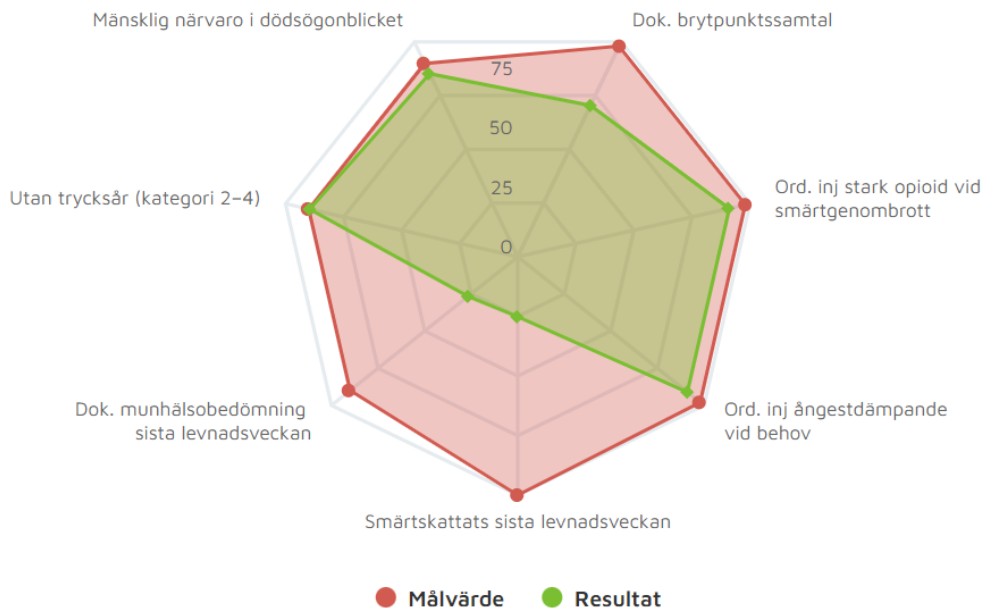
- Utse en Senior alert stödjare med avsatt tid för att förbättra resultat gällande trycksår, undernäring, munhälsa, fall och blåsdysfunktion
- Ett väl fungerande teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert
- Se över arbetssätt/teamarbete för hemsjukvården/hemtjänsten att få till sitt Senior alert arbete
- 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.

5.2.3 Svenska palliativregistret



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12



Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	70,4	98	95	135
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	91,1	98	123	135
Ord. inj ångestdämpande vid behov	91,1	98	123	135
Smärtskattats sista levnadsveckan	25,2	100	34	135
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	26,7	90	36	135
Utan trycksår (kategori 2-4)	89,6	90	121	135
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	85,2	90	115	135

Analys Palliativregistret

Resultat visar registreringar i både sluten- och öppenvård samt kommunen. 135 av 429 dödsfall är registrerade.

30 % är registrerade av kommunen, 28 % av regionen och 42 % saknar registrering. Oklart om de hör till regionen eller kommunen.

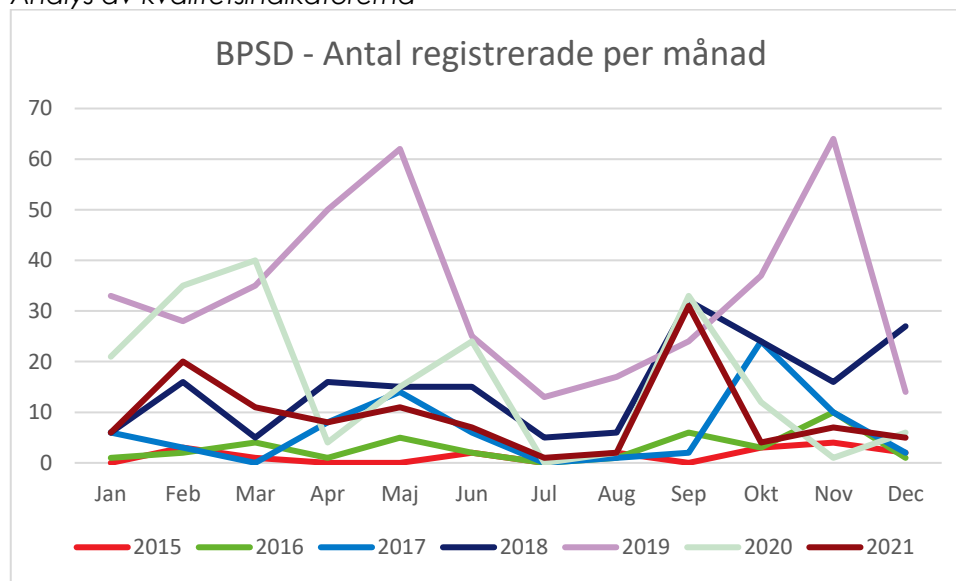
Andel Brytpunktsamtal, Munhälsobedömning, Smärtskattning och Mänsklig närvaro har ökat något. Övriga parametrar har försämrats sedan 2020.

Förbättringsarbete Palliativregistret

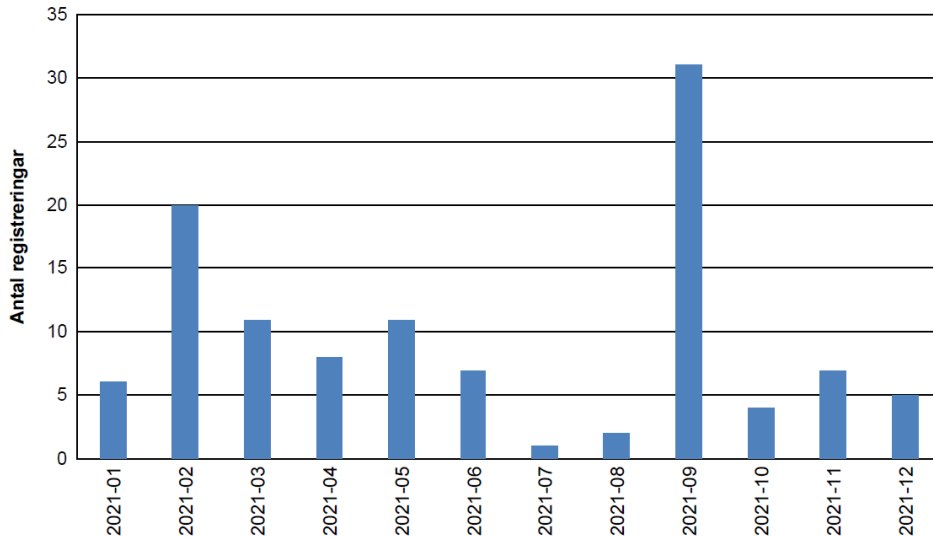
- Samtliga avlidna ska registreras i palliativregistret av kommunens sjuksköterskor
- Smärtskattning och munhälsobedömning behöver öka mer
 - Utbildning i smärta och smärtskattningsinstrumenten måste prioriteras
 - Viktigt att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor regelbundet får utbildning i ROAG munhälsobedömning och munvård från Tandvården
- Samverkan med läkare i primärvården för att öka antalet brytpunktsamtal

5.2.4 BPSD registret

Analys av kvalitetsindikatorerna



Antal registrerade per månad har sjunkit kraftigt under Corona pandemin i jämförelse med 2019.

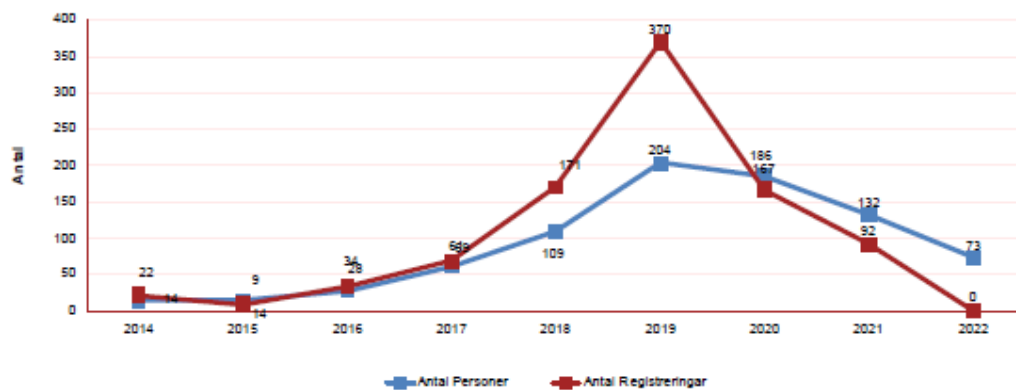


ANTAL REGISTRERADE PERSONER I AKTUELL KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

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.

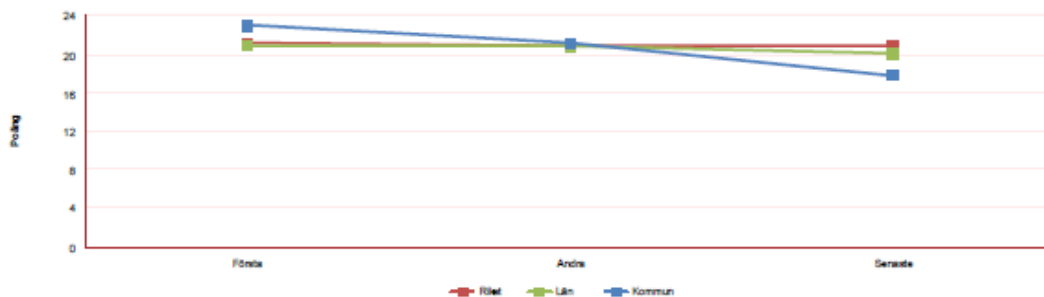
I diagrammet visas antalet registrerade personer i din kommun samt antalet registreringar inkl. uppföljningar.



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

I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarighetsgrad 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 registrering, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna).

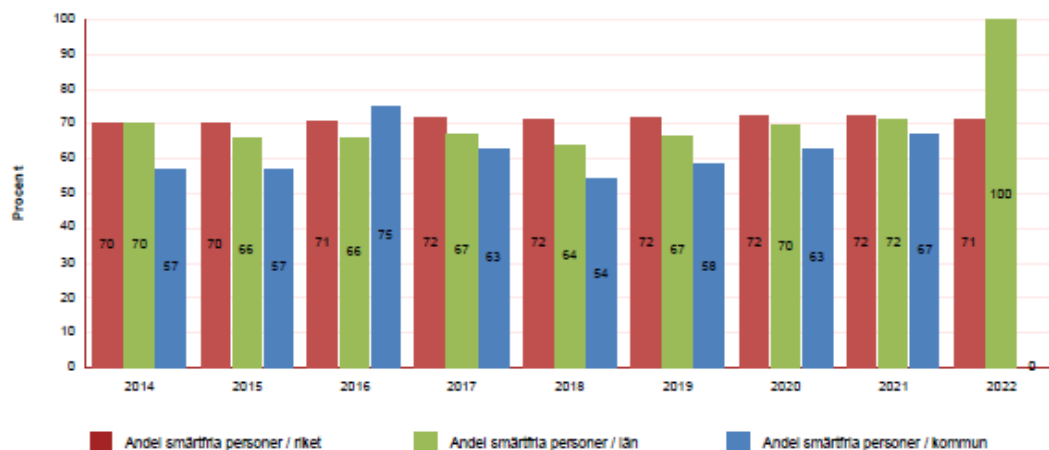


NPI poängen sjunker över tid i Hudiksvalls kommun vilket visar på att våra boende med demenssjukdom som registrerats och följts upp har en bättre livskvalité och mår bättre. Leder också till en lugnare miljö både för de demenssjuka, medboende, omvårdnadspersonal och anhöriga.

ANDEL PERSONER SOM BEDÖMITS 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.

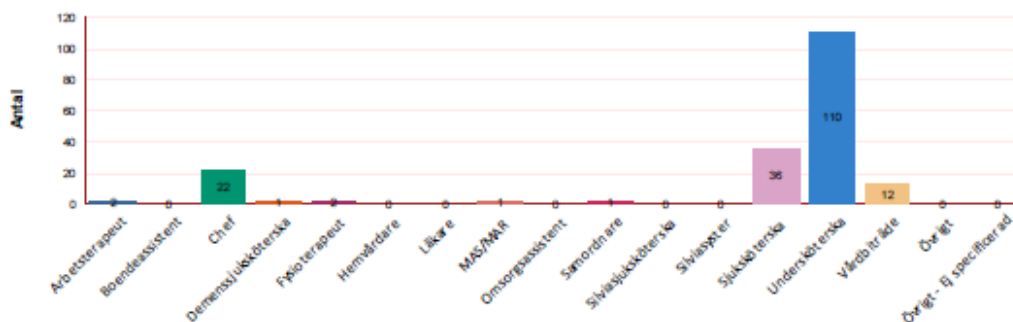
I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.



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.



Analys BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

Demensvård är ett viktigt arbete relaterat till att många av våra boende på VÅBO och kunder inom hemtjänst har problem med BPSD. Vi är skyldiga att ge dem en god omvårdnad och en god livskvalitet. En projektledare började i augusti för att stötta, handleda och implementera BPSD i förvaltningen för en god demensvård. Dessutom finns två utbildare i Stjärnmärkt. Även arbetsterapeut ingår i demensteamet.

I dagsläget har alla vård- och omsorgsboenden i Hudiksvallskommun blivit anslutna till BPSD och ska jobba med arbets sättet i den dagliga omvårdnaden.

Viktigt med stöttning från enhetschefer och sjuksköterskor. Önskvärt är att personcentrerade omvårdnadsåtgärder och bemötandeplan ska vara prio 1.

Pandemin kan vara en stor del till att det inte registreras men även att det behövs en nystart, vilket det blir mot sommaren 2022. Sjuksköterska och arbetsterapeut i demensteamet ska gå utbildning till certifierad utbildare i BPSD i april.

Alla vård- och omsorgsboenden har utbildad personal. Även Rehabiliteringen har personal som gått utbildningen, och fler önskar att gå. Efter april kommer det planeras in fler utbildningar för att få hela teamen utbildade. Ett flertal enhetschefer och sjuksköterskor saknar också utbildning, regelbunden utbildning för nyanställda behövs samt behov av att hela tiden fylla på med nya administratörer på grund av olika orsaker.

Förbättringsarbete BPSD-registret

- Involvera och engagera enhetschefer och sjuksköterskor.
- Motivera omvårdnadspersonal och enhetschefer till en god demensvård.
- Demenssjuksköterska samt arbetsterapeut ska gå utbildning till certifierad utbildare i BPSD.

- Utbildning kontinuerligt till olika yrkeskategorier efter behov för att kunna bedriva en god demensvård.
- Implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Arbeta aktivt med personcentrerad demensvård samt att arbeta med Nollvisionen.

5.2.5 SveDem (Svenska demensregistret)

Syftet med Svedem är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling.

Hudiksvalls kommun har gått in i Svedem med början på Helenedal 2019. När en enhet är klar med utbildningen Stjärnmärkt läggs behörighet upp i Svedem av utbildare i Stjärnmärkt. Det bara Helenedal som registrerar men nu är det klart att sjuksköterskorna ska starta upp registreringen.

5.2.6 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.

Utbildning i Stjärnmärkt har påverkats av pandemin och kanske inte prioriterats av enhetscheferna. Nu är ett årshjul gjort för Stjärnmärkt så att boenden och hemtjänst kan se när det är deras tur. Som det ser ut så kommer utbildningar pågå under hela 2022 och en bit in på 2023.

Två personer är utbildade att undervisa i Stjärnmärkt. Utbildningar som pågår bl.a.: Fredens kulle, Edsbacka, Ingsta och Vesslabacken.

Stjärnmärkta arbetsplatser är; Helenedal (februari 2021), Rubinen 3 (maj 2021), Dagverksamheten (maj 2021)

Antal personer som är utbildade är 168 st. och ca 70 är påbörjade.

Svenskt demenscentrum har bestämt att arbetsgrupperna har tre månader på sig att slutföra utbildningen, även om vi är klar från vårt håll så är inte arbetsplatserna Stjärnmärkta.

5.2.7 Demensteamet

Sedan oktober är teamet klart, två omvårdnadspersonal och en projektledare på vardera 100% och en arbetsterapeut på 50%. Har kontor på CUL och har kommit igång med arbetet men än har inte rutiner satt sig riktigt.

Arbetet består till stor del av utbildning i Stjärnmärkt, det är en del administrativt arbete i det också eftersom det ingår webutbildningar som ska registreras.

Handledning är också en del, initiativet kommer från enhetscheferna. De handleder i grupp och vid mer praktisk handledning kontakter de avdelning 3 på Helenedal.

Demensteamet deltog på ”60+ mässan” för att visa upp att de finns, delade ut flyers till besökare och på det sättet har de blivit kontaktade av en del närstående.

Information är viktigt så de har haft möte med socialsekreterare både inom vuxna och äldre samt LSS och genom dem har de fått uppdrag att kontakta äldre av olika anledningar och gjort hembesök. Efter hembesök så har även närstående ringt vid mer eller mindre akuta situationer. De har haft en föreläsning för överförmyndarnämnden. Samarbete och samverkan är ett av målen och de tycker de att är på god väg.

De har träffat Minnesmottagningen en gång och möte nr. två är bokad med socialsekreterare, hälsocentraler både region och privata samt anhörigstöd. Däremellan sker samtal med hälsocentraler och minnesmottagningen med uppdrag som de får för att stötta den demente men även närstående samt utföra minnestester.

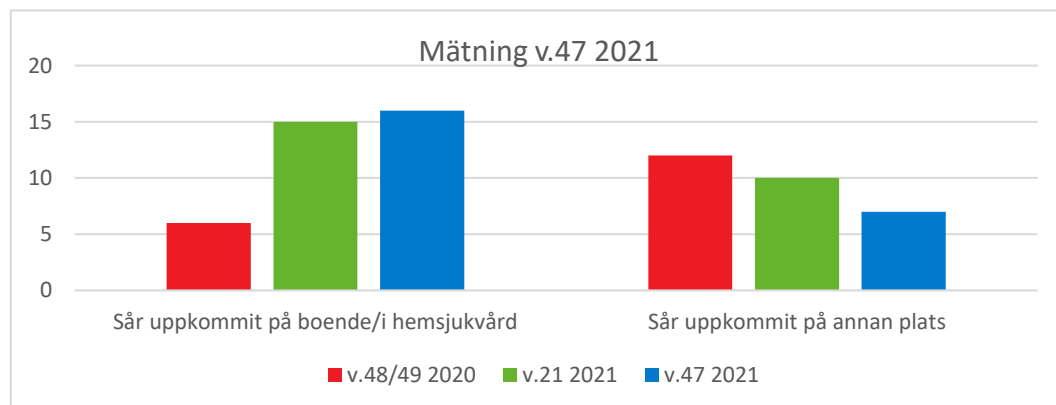
De deltar i Hälsinglands demensteam för erfarenhetsutbyte och har gjort en del studiebesök för att se hur andra demensteam arbetar. De har en del samtal med anhöriga som behöver råd och stöd.

5.2.8 Trycksår

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

Mätning v.47 2021

	v.48/49 2020	v.21 2021	v.47 2021
Sår uppkommit på boende/i hemsjukvård	6	15	16
Sår uppkommit på annan plats	12	10	7



5.2.9 Analys

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

6 av 39 enheter rapporterade inte i mätningen v.47–2021. Två enheter från hemsjukvården, två från VÅBO, en från funktionsnedsättning samt socialpsykiatri.

Av ca 1000 kunder på VÅBO (ca 600), hemsjukvård (ca 300) och funktionsnedsättning (ca 100) finns 23 med trycksår enligt enkäten under ovanstående veckor, det är en minskning från 25 föregående period. 16 trycksår uppstod på egen enhet och 7 st. på annan plats.

Enligt Senior alert har hittills under 2021 37 personer haft 48 trycksår totalt.

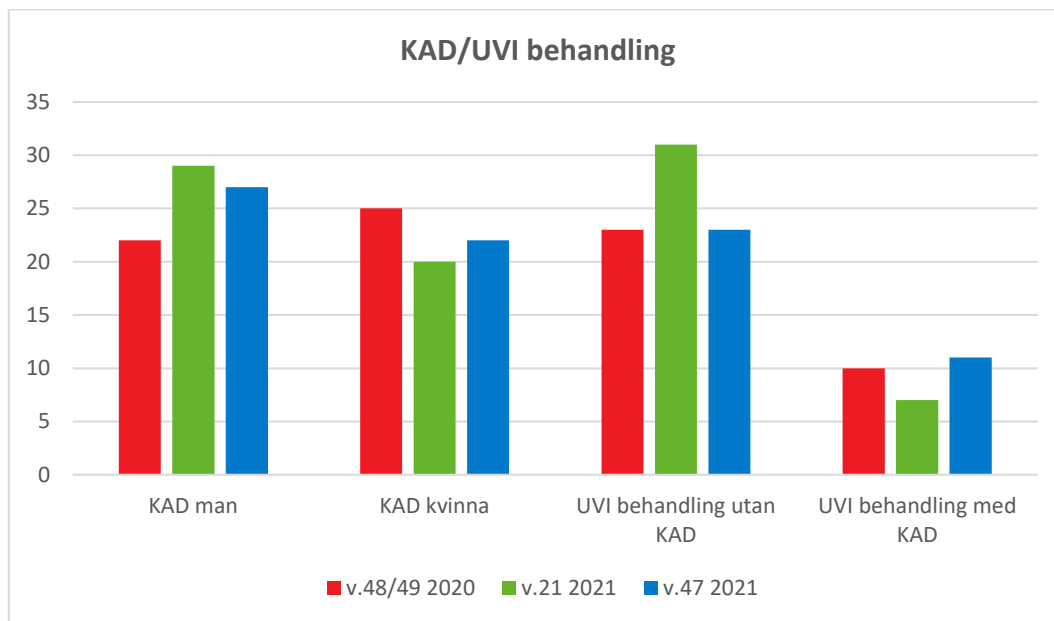
Antalet sår som uppkommit på boende/i hemsjukvård har ökat sedan vårens mätning, sår som uppkommit på annan plats har minskat. Det är viktigt att regelbundet genomföra riskbedömningar, vidta åtgärder, registrera i Senior alert och följa upp.

Förbättringsarbete Trycksår

- När trycksår uppkommer ska avvikelse skrivas. 2021 är bara fyra trycksår registrerade som avvikelse.
- Trycksår som uppkommer på sjukhus ska rapporteras som en extern avvikelse, ingen är registrerad som extern avvikelse.
- Fortsätta 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.

5.2.10 Kateter (KAD)/Urinvägsinfektion (UVI)

	v.48/49 2020	v.21 2021	v.47 2021
KAD man	22	29	27
KAD kvinna	25	20	22
UVI behandling utan KAD	23	31	23
UVI behandling med KAD	10	7	11



5.2.11 Analys

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 11 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 anledning till kateter.

5.2.12 Basala hygienrutiner och klädregler

MAS har informerat och stöttat enhetschefer inom och utom förvaltningen via digitala möten samt varit kommunledningen behjälplig i frågor rörande coronapandemin.

Utbildning för hygienombud, enhetschefer, rehab och sjuksköterskor har genomförts via Teams under året av hygiensjuksköterskor från Vårdhygien region Gävleborg.

Lokala utbildningar riktade till omvårdnadspersonal, enhetschef och sjuksköterska har inte genomförts under året på grund av coronapandemin.

5.2.13 Vårdhygienisk egenkontroll

Under oktober genomfördes en enkät till enhetschefer inom funktionsnedsättning och äldreomsorg. Frågorna utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Syftet är att uppnå en god hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter.

Analys Vårdhygienisk standard

Svarsfrekvensen var hög och resultatet var mycket positivt. 10 av 11 hemtjänstområden mm., 14 av 14 enheter på vård och omsorgsboende, 10 av 20 områden inom funktionsnedsättning och 4 av 6 chefsområden inom kommunassistans där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar genomförde enkäten.

MAS sammanställer och presenterar resultatet för enhetschefer inom funktionsnedsättning och äldreomsorg. Svaret på frågorna kartlägger tänkbara förbättringsområden. Enheten ansvarar för att planera, genomföra och följa upp åtgärder som kan förbättra de identifierade bristerna.

Områden där andelen nej-svar låg under 80%

- Enhetschef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska har ett aktivt samarbete inom området vårdhygien Spoldesinfektor/Diskdesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion
- Tvättställ, flytande tvål och torkpapper finns lättåtkomligt där direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete utförs (hemtjänst)
- Rutin finns för rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning (hemtjänst)
- Städ rutin finns för verksamhetens utrymmen för indirekt vård- och omsorgsarbete såsom materialförråd, läkemedelsrum, desinfektionsrum
- Kvalitetskontroller av spol- och diskdesinfektor genomförs och dokumenteras
- Riskbedömning gällande vårdhygieniska aspekter har genomförts
- Riskbedömning genomförs vid förekomst av djur i vård och omsorg

Förbättringsarbete Vårdhygienisk standard

- Enheterna jobbar med åtgärder för sina identifierade brister, genomför PPM-BHK och självskattning årligen
- Enhetschef använder Hygienöverenskommelsen och personal genomför årligen webbutbildning
- Punkt på APT – Hygien

- Arbetsrättsliga åtgärder kan vidtas om basala hygienrutiner inte följs för att minimera risken för smittspridning
- Se över städmaterial och städrutiner

5.2.14 Hygienrond

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

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

5.2.15 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.

5.2.16 PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler)

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 erbjuder 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 gås igenom och skrivs under av chef och anställd årligen efter genomförd webbutbildning.

Hygienombud har en uppdragsbeskrivning där ansvarsområdet beskrivs. Önskvärt är att den gås 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 sjätte året mätningen genomförs i Hudiksvalls kommun.

Ordinarie mätning v.11-12 2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Antal registrerade observationer	59	48	100	46	405
Antal enheter	6	7	8	4	35

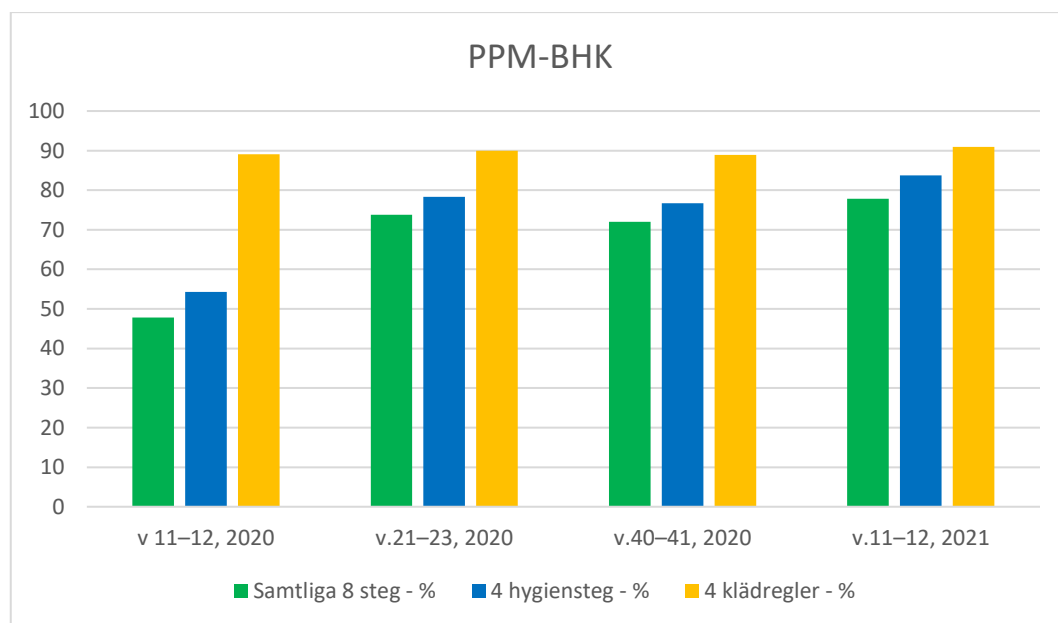
Hygienombud inom äldreomsorg och funktionsnedsättning observerade sina arbetskamrater under v.11–12 och registrerade resultat via SKR.

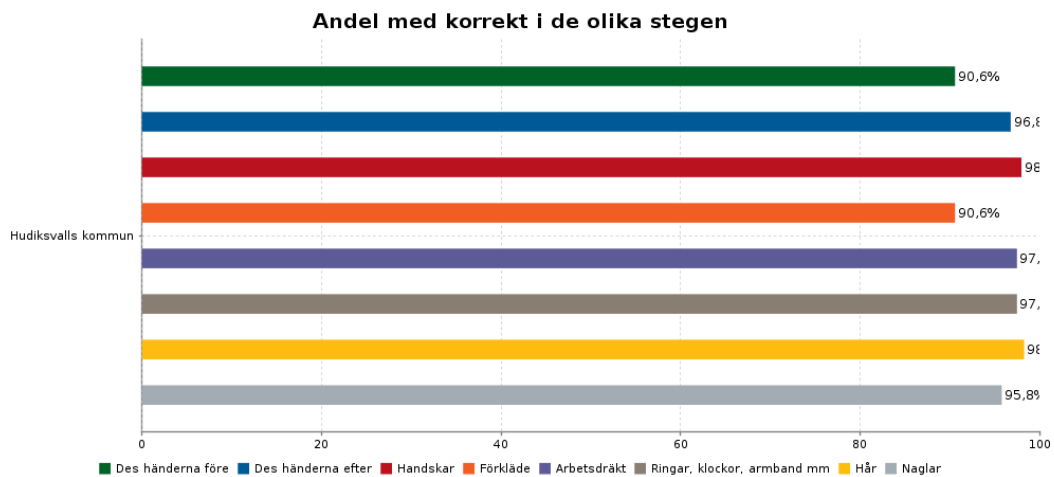
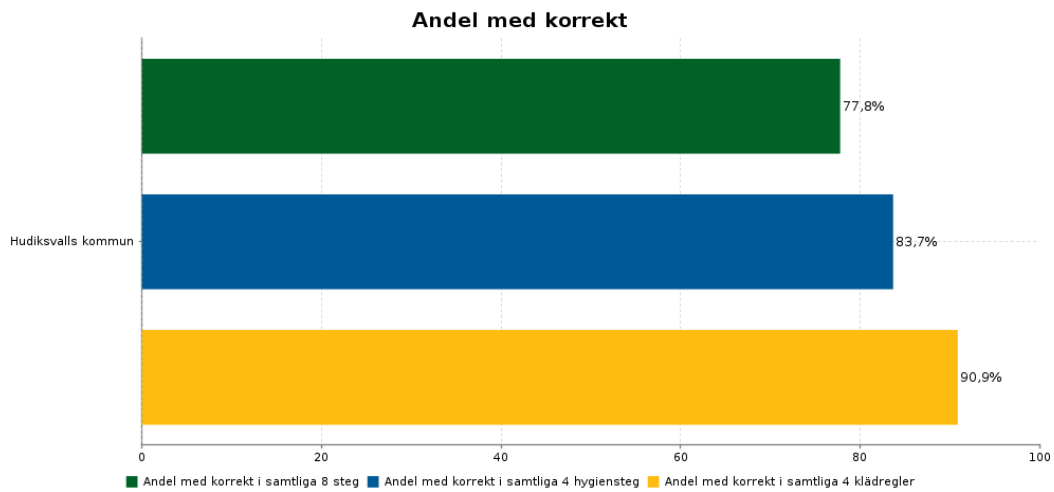
5.2.17 Resultat

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har stigit något sedan höstens mätningar.

Totalt 405 observationer har registrerats på 35 av 52 enheter.

Enheter som observerade och tog upp frågan på personalmöten utan att registrera resultatet framkommer inte här.





Analys PPM-BHK

Andel med Korrekt i samtliga 8 steg var 72 % i mätningen v.40-41 2020, till mätningen v.11–12 hade det stigit till 77,8 %. Förbättringsområden är främst Desinfektion av händerna före (90,6 %), Förkläde (90,6 %).

Förbättringsarbete PPM-BHK

- Fler enheter inom ÄO och FN ska observera och registrera
- Ökad följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler
- Enhetschef behöver kontinuerligt säkerställa att all personal följer basala hygienrutiner och klädregler
- Samtliga anställda ska genomföra de webbaserade utbildningar som finns och repetera regelbundet
- Samtliga enheter ska använda Hygienöverenskommelsen
- Hygienombuden ska genomföra årliga självskattningar

5.2.18 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.

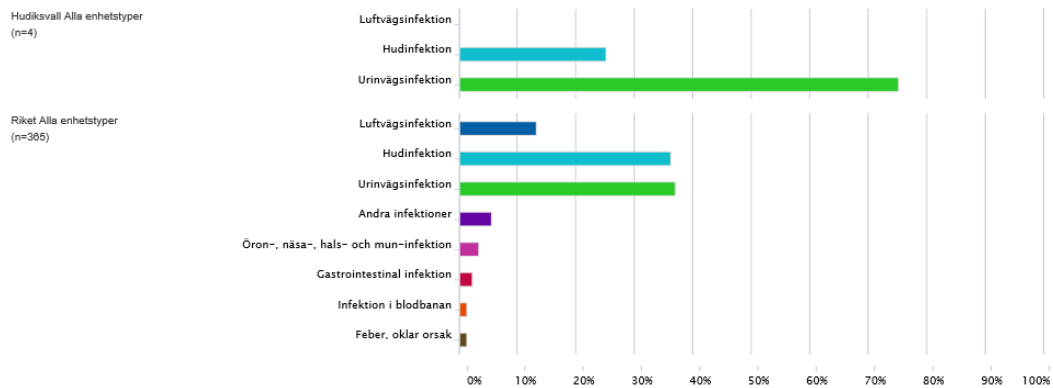
Syftet är att stödja det lokala arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt att optimera antibiotikaanvändningen.

Kommun	Hudiksvall
Antal enheter totalt	11
Antal Demensboenden	1
Antal Korttidsboenden	0
Antal Allmän vård och omsorg	10
Antal Verksamhet enligt LSS	0
Antal Psykiatri	0
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	294
Antal vårdtagare med korttidsvård	2
Antal kvinnor	182
Antal män	102
Antal >80 år	198
Antal >85 år	130
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	1
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	0%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	1
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	5
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	4
- Antal vårdtagare med profylax	1
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	1%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	5

Under v.46–47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 10 enheter/294 vårdtagare vid Fredens kulle Rubinen/Smaragden/Diamanten, Tunbacka, Ingsta, Lyckbacken, Forsgården, Edsbacka, Tryggebo och Månsbacken.

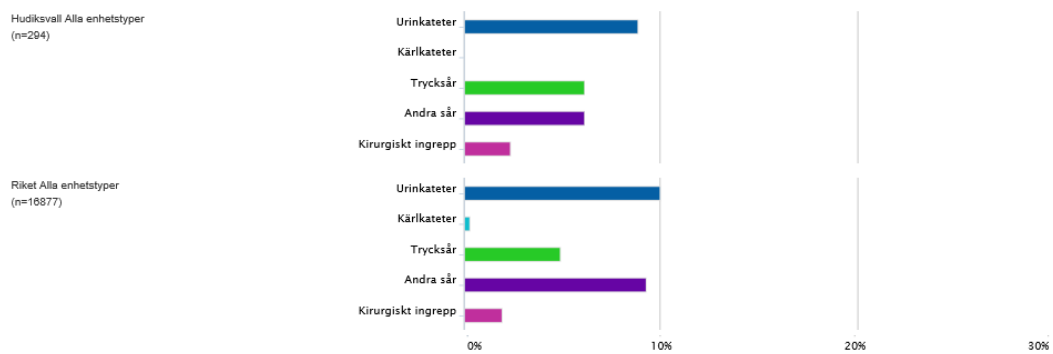
Andelen infektioner är lågt i kommunen. Fem st. (1 %) hade en pågående antibiotikakur pga. urinvägsinfektion (3 st.) hudinfektion (1 st.), luftvägsinfektion (1 st. profylaktisk behandling) eller gastrointestinal infektion.

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



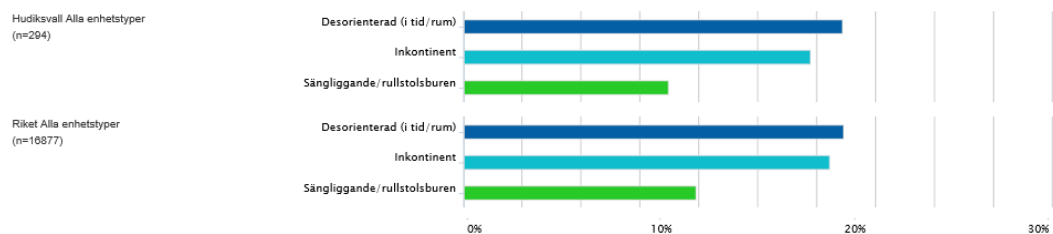
De vanligaste riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är urinkateter (8,8 %), andra sår (6,1 %), trycksår (6,1 %) och kirurgiskt ingrepp (2,4 %).

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 (64,3 %), inkontinent (58,8 %) och sängliggande/rullstolsbunden (34,7 %).

Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Förbättringsarbete PPM-HALT

- Samtliga enheter ska genomföra mätningen 2022

- Verksamheten behöver uppmärksamma riskfaktorer och vårdtyngdsindikatorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och onödig antibiotikaanvändning

5.2.19 Informationssäkerhet

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. Det har utsetts en medarbetare som ansvarar för informationssäkerheten förvaltningsövergripande.

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 av berörd medarbetare.

Stickprovskontroller av den sociala dokumentationen 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.

Under året har det också genomförts en riskbedömning av verksamhetssystemet "Treserva i systemet "Klassa". Analysen har därefter skickats till enhetschef för påsyn av arbetet.

Ytterligare en riskanalys som har gjorts skedde efter sommaren 2021 när det inkom en skrivelse från IVO (dnr 2.7.1–11061/2021). Skrivelsen ombad kommunen, inom ramen för en tillsyn, att använda sig av en ny uppladdningstjänst som tillhandahålls av IVO. Inom ramen för tillsynen skulle en stor mängd patientjournaler laddas upp i e-tjänsten. I Hudiksvalls kommun rörde det sig om 250 stycken patientjournaler med cirka 900 stycken namn på brukare. I samverkan med Nordanstig kommun gjordes en riskanalys där bedömningen utmynnade i att journalerna inte skulle laddas upp i IVO:s nya e-tjänst utan istället skickas med en krypterad USB-sticka i rekommenderat brev till myndigheten. En skrivelse hos Hudiksvalls kommun (Dnr 2021-249-735) upprättades i samband med detta som förklarade social- och omsorgsförvaltningens övervägande till att välja ett annat förfarande för utlämnandet.

Sammanfattningsvis går det dock att säga att riskanalyser och konsekvensbedömningar görs i alltför liten omfattning och är ett arbete som bör prioriteras under 2022. 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.

Under året har det även uppmärksammats att det saknas rutin för hur patientjournaler ska bevaras och senare arkiveras. En incident som inträffade i januari 2021 (dnr 2021-313-034) belyste denna problematik och ett arbete påbörjades för att säkerställa att arkivering sker på ett korrekt sätt. Frågan är just nu hos HSL-ledning att fatta beslut om hur patientjournalerna ska arkiveras framgent och vem som ansvarar för gallringen av dessa. Mötet är schemalagt i februari 2022.

I början av året publicerades det en nyhet på intranätet att det, med anledning av EU-domstolens mål C-311/18 den 16 juli 2020 ("Schrems II") inte längre var möjligt att överföra personuppgifter till tredje land med stöd av det tidigare, gällande "Privacy Shield"-avtalet mellan EU-kommissionen och amerikanska staten. Det innebär i praktiken att möten med klienter och brukare inte var möjliga att genomföra via Microsoft Teams, särskilt med anledning av rådande sekretessbestämmelser i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Med anledning av detta skickades instruktioner ut 2021-02-17 för att minska mängden personuppgifter som behandlades i tjänsten. Några veckor senare bedömdes det inte vara lämpligt att diskutera sekretessbelagda ärenden i Teams, utan medarbetare blev istället hänvisade till att använda sig av Skype. Detta med anledning av att programvaran Skype låg på kommunens egna server vilket avsevärt förbättrar säkerheten bland annat då Teams är en s.k. molntjänst.

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

5.2.20 Dokumentation

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

Frågor som rör dokumentation har tagits upp i Dokumentationsgruppen som kommunicerar det vidare till övriga sjuksköterskor och arbetsterapeuter, fysioterapeuter. Gruppen består av sjuksköterskor från respektive område, arbetsterapeut, fysioterapeut, systemförvaltare HSL samt MAS och MAR.

Journalssystemet bygger på dokumentation utifrån ICF och KVÅ, vilket leder till att ändringar sker varje år efter Socialstyrelsens uppdatering av framförallt KVÅ-koder.

Systemförvaltare testar ändringar regelbundet inför uppdateringar och har vid behov täta kontakter med systemägaren CGI.

Kommunen levererar uppgifter till Socialstyrelsen, *Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård*. Antalet har varit runt 950 personer.

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 runt 550 personer.

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

5.2.21 Strukturerad journalgranskning

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

Dokumentationsgruppen har granskat att patientjournalen uppfyller föreskriftens krav.

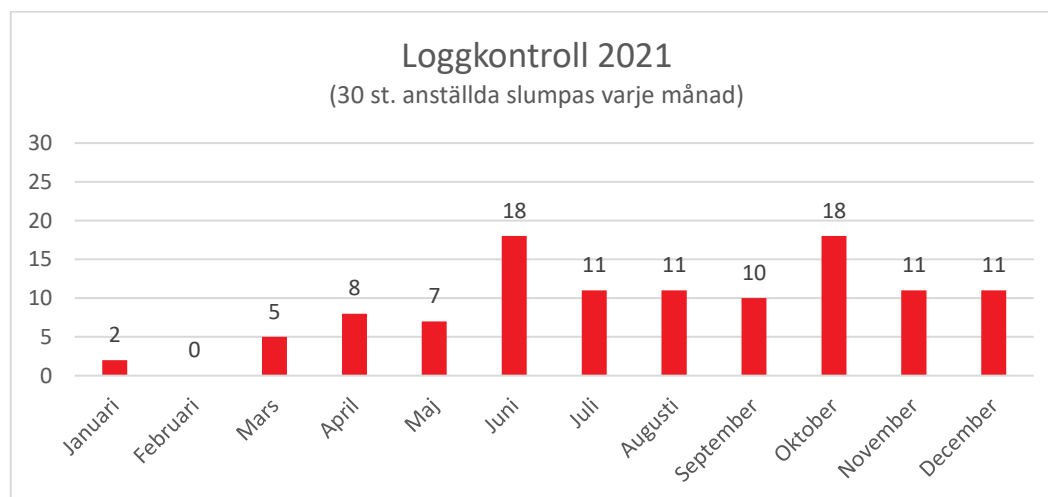
MAS/MAR har under året reviderat rutinen för journalgranskning. Dokumentationsgruppen har genomfört kollegial journalgranskning vid ett tillfälle och fysioterapeuterna genomförde kollegial journalgranskning tillsammans med systemförvaltare, MAR och EC för rehabenheten. Arbetsterapeuternas och sjuksköterskornas journalgranskning har flyttats fram till våren -22 pga. chefsbyten och tidsbrist.

5.2.22 Strukturerade loggkontroller

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

MAS sammanställer och rapporterar till nämnd varje tertial.



Analys Loggkontroller

Ingen olovlig hantering har förekommit under perioden.

Andelen registrerade loggkontroller är lågt, de senaste fyra månaderna 34 %.

Förbättringsarbete Loggkontroller

- Fler loggkontroller måste genomföras och rapporteras av enhetschef

5.2.23 Nationell patientöversikt (NPÖ)

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal 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.

5.2.24 Läkemedelshantering

Farmaceutt från läkemedelsenheten har tillsammans med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska under året besökt samtliga 16 enheter inom VÅBO, funktionsnedsättning samt hemsjukvården.

Enligt avtal har Hudiksvalls kommun tilldelats ca 17 arbetsdagar per år för kvalitetsarbete som läkemedelsenhetens farmaceutt tillhandahåller. Av dessa har ca 12 arbetsdagar lagts på arbetet med besöken, övriga dagar på planering och administration.

Kvalitetsgranskningarna utgick från rutinen *Läkemedelshantering - Regionsgemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg*. Inför besöken har farmaceutt tagit del av verksamheternas Egenkontroll och Lokal rutin för läkemedelshantering hos de verksamheter som haft dessa tillgängliga. Farmaceutt upprättade en återkoppling efter varje besök som skickades till medicinskt ansvarig sjuksköterska för vidare hantering.

Exempel på uppmärksammade förbättringsområden inom läkemedelshantering

- Signaturlista med namn- och signaturförtydligande är inte kompletta
- Majoriteten har upprättat Lokala rutiner för läkemedelshantering men dessa är inte alltid uppdaterade
- Förtydligande hur och vem som får rekvirera läkemedel till enheten
- Utförda och dokumenterade Fördjupade läkemedelsgenomgångar ska erbjudas alla brukare
- Införande av månadsvis narkotikakontroll
- Utföra temperaturkontroll enligt fastställd rutin
- Tillträde till läkemedelsförråd (nyckelkwittering, nyckelinventering, spårbarhet)

Delar av läkemedelshantering som fungerar väl

- Delegeringsförfarandet

- Rapportering av läkemedelsavvikelser enligt rutin
- Vid otydligheter kring läkemedelsordinationer från annan vårdgivare tas alltid kontakt med ansvarig läkare/enhet för klargörande
- Dokumentet för generella ordinationer (direktiv) är i regel fastställt av medicinskt sakkunnig läkare, giltigt och förvaras tillgängligt för sjuksköterskorna

Verksamheterna uppmanades att tillsammans med MAS upprätta en åtgärdsplan utifrån respektive återkoppling och diskussioner från besöket, för uppföljning vid framtida kvalitetsgranskningar.

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.

5.2.25 Fallprevention

Med anledning av det höga antalet fallavvikelser gjordes en djupare analys av avvikelser som rörde fall med skada på vård och omsorgsboende. Slutsatsen av denna analys var att det finns brister i det teambaserat systematiskt arbetssätt kring att förebygga fall. Brister ses främst mellan HSL och SoL personal.

Arbetsgrupp med arbetsterapeuter och fysioterapeuter tillsattes för att se över det fallpreventiva arbetet för våra patienter. Arbetsgruppen tog fram en ny checklista *Fallprevention – snubbelrond* som publicerats i ledningssystemet.

Rutin *Fallprevention – fallregistrering* reviderades under året och utökades med exempel på ansvarsfördelning för teamet.

5.2.26 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.

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 Fredens kulle (Diamanten, Smaragden, Opalen, Rubinen) samt Ingsta.

I hemsjukvården hade omvårdnadsträffar genomförts för alla områden utom Hudiksvall Norra, Bjuråker, Svågadalen och Njutånger.

5.2.27 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

85 %, 11 av 13 vård och omsorgsboenden utförde egenkontrollen (Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Håsta, Tunbacka, Fredens kulle, Ingsta, Forsgårdens, Rosenborg, Edshammar, Månsbacken).

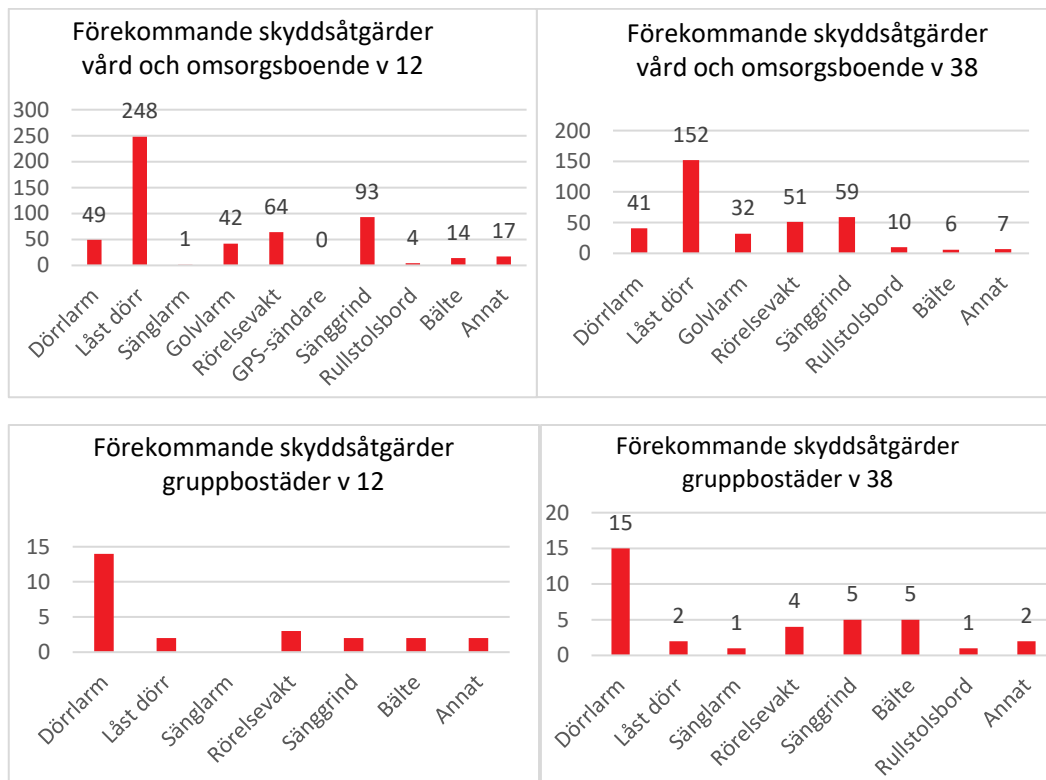
31 %, 5 av 16 gruppboendestäder utförde ålagd egenkontroll v 12 (Byvägen, Granebo, Håstaborg, Kolmo och Lastagegatan).

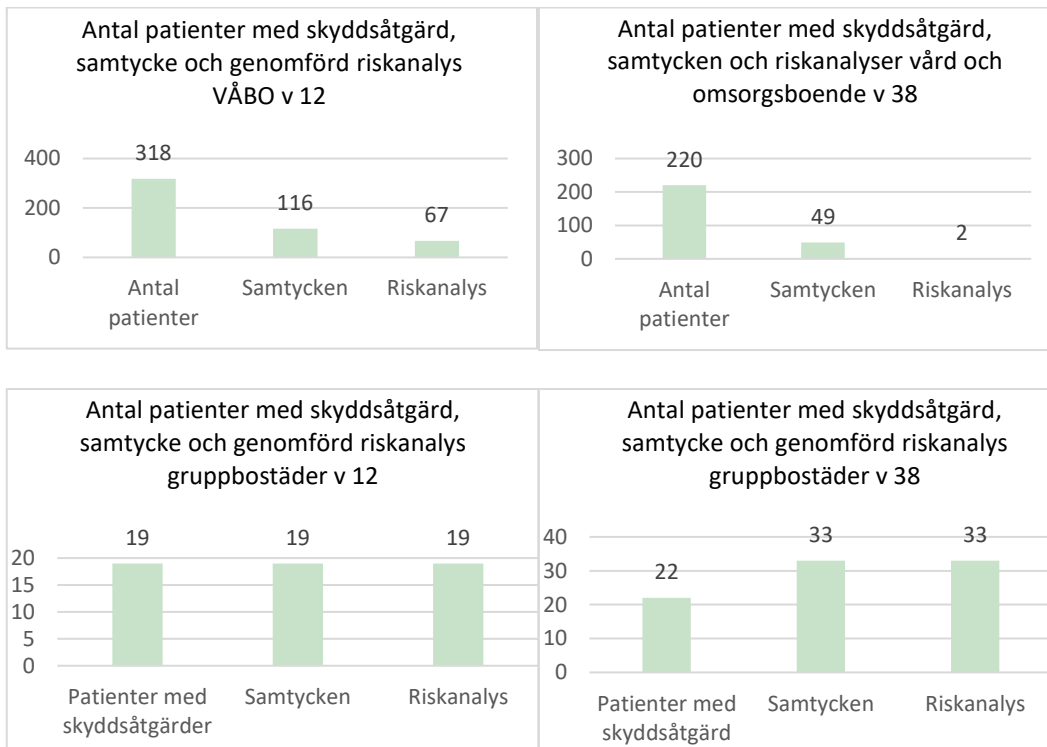
Vecka 38

61,5%, 8 av 13 vård och omsorgsboenden utförde egenkontrollen (Ingsta, Edshammar, Månsbacken, Frejagården, Rosenborg, Helenedal, Fredens kulle samt delar av Tunbacka).

37,5%, 6 av 16 gruppboendestäder utförde egenkontrollen (Byvägen, Granebo, Håstaborg, Kolmo, Sofiedal och Lastagegatan).

Sammanställningar baseras på de boenden som deltagit i egenkontroll.





Analys Skyddsåtgärder

Innan en skyddsåtgärd sätts in ska riskanalys ha genomförts, för att en skyddsåtgärd ska vara tillåten behövs samtycke från patient.

Vård och omsorgsboende: Vid vårens mätning hade riskanalys gjorts för 21,1 % av patienter med skyddsåtgärd medan man endast gjort det för 1,0 % av patienterna vid höstens mätning. Samtycke fanns hos 36,5% av patienterna i våras jämfört med 22,3% i höstas.

Gruppboendestäder: Riskanalys är gjord och samtycke finns hos patienter med skyddsåtgärder inom de enheter som deltagit i egenkontrollen. Vid höstens mätning är samtycken och riskanalyser flera än patienter med skyddsåtgärd vilket beror på att vissa patienter har flera skyddsåtgärder.

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 gruppboendestäder 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.

5.2.28 Aktivitets och funktionsbedömning

Indikator	2019	2020	2021	Mål 2021
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	71,4%	25,9%	91,9%	100 %
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	51,4%	45,5%	86,7%	100 %

Analys

Under 2021 flyttade 173 personer in på vård och omsorgsboende. Av dessa fick 159 personer (91,9%) bedömning av arbetsterapeut (AT) och 150 personer (86,7%) bedömning av fysioterapeut (FT) inom de tre första veckorna från inflytt. Besöken är viktiga för att uppmärksamma rehabiliteringsbehov och för att ev. 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 ändå en stor förbättring jämfört med föregående år. Under 2020 undvek arbetsterapeuter och fysioterapeuter att göra vissa icke akuta besök för att minska risken för smittspridning av covid-19.

5.2.29 Förskrivarutbildning - hjälpmedel

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

5.2.30 Uppföljning av lyftselar

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

Under 2021 har man följt upp lyftsela hos 111 av 114 personer med lyft (97%).

	2019	2020	2021
Andel uppföljda lyftselar	86,1%	57,6%	97%

Analys Lyftselar

Årets resultat på 97% är ett bra resultat och en stor förbättring jämfört med förra året då andelen uppföljda lyftselar låg på 57%.

Förbättringsarbete Lyftselar

- Periodisk inspektion av lyftsela ska alltid utföras efter tvätt samt minst var sjätte månad. Detta är något man behöver få till en rutin kring.
- På vård och omsorgsboende finns akutsele att tillgå och dessa behöver också inspekteras, vilket rutin saknas för idag.

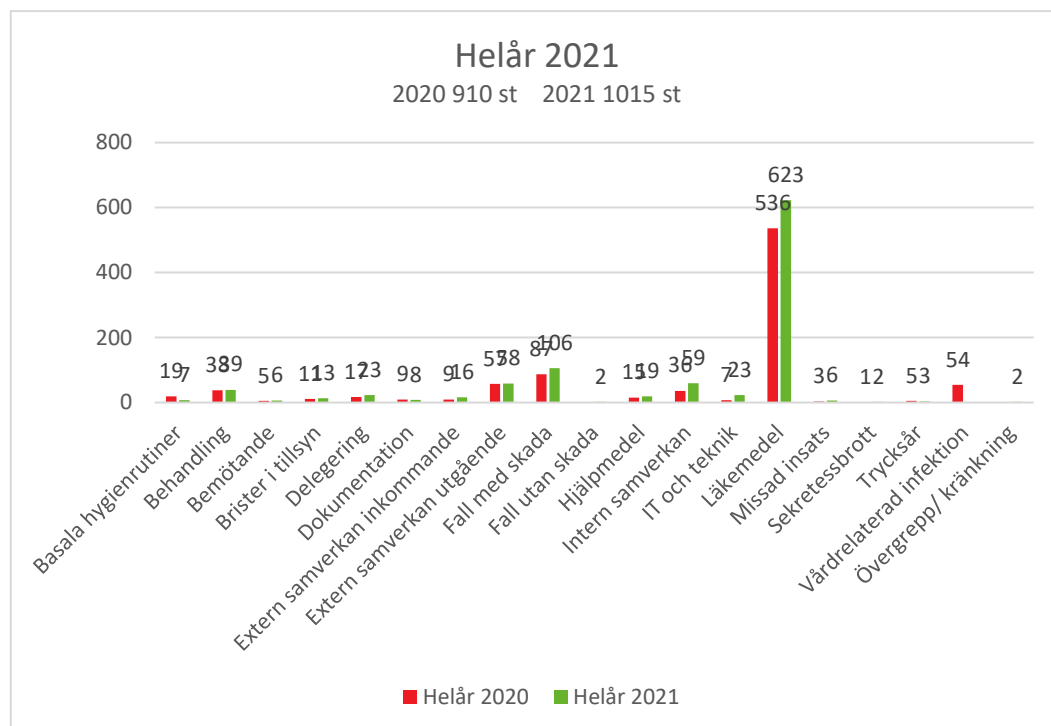
5.2.31 Förflyttningsutbildning

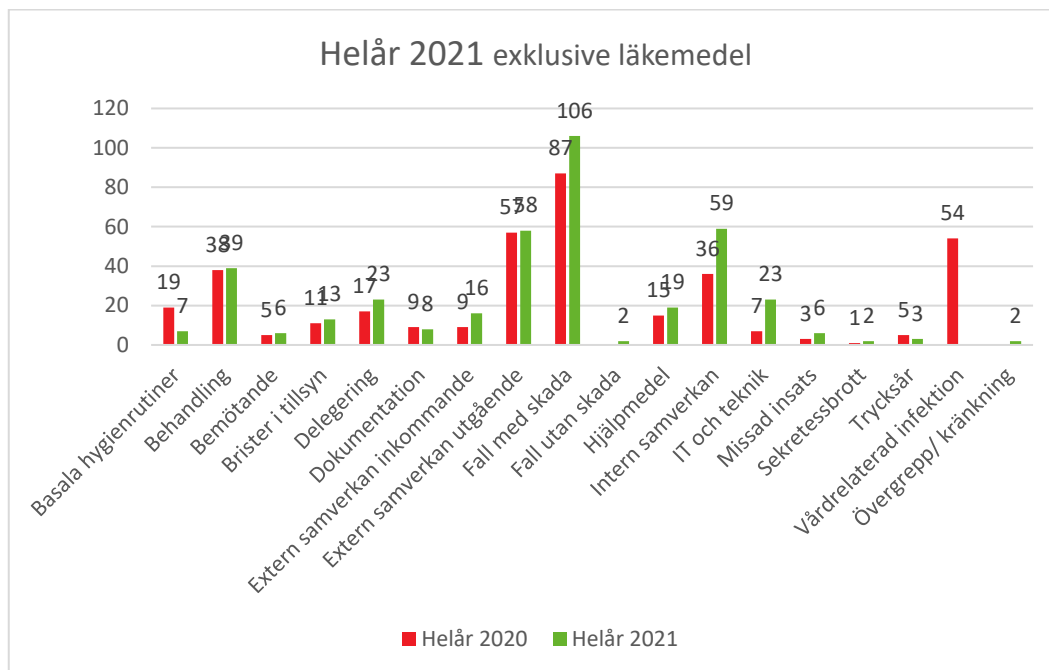
Webbutbildning om hjälpmedel, förflyttningar och rehabiliterande förhållningssätt togs fram under 2021. Utbildningen ingår nu i det introduktionspaket som månads- och timvikarier ska genomföra.

Utbildningen skickades ut till 170 vikarier, av dessa slutförde 165 vikarier utbildningen och 130 vikarier genomförde kunskapstestet i slutet av utbildningen.

Rehabenheten genomförde utbildning för alla semestervikarier om hjälpmedel och handhavande av lyft. Utbildning inom förflyttningsteknik genomfördes tillsammans med undersköterskor som gått instruktörsutbildning.

5.3 Avvikelser





Analys avvikelser HSL

Antalet avvikelser helår 2020 – 910 st.

Antalet avvikelser helår 2021 – 1015 st.

Antal slutförda avvikelser under perioden är 724 av 1015 st. 71 %.

Antalet avvikelser har ökat med 105 stycken jämfört med 2020. De vanligaste avvikelserna är Läkemedel, Intern samverkan och Extern samverkan utgående.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 536 till 623. Åtgärder genomförs kontinuerligt för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

- Dokumenterad delegeringsutbildning (webbutbildning) innan och en basutbildning (teoretisk) innan delegering av sjuksköterska på enheten är ett krav för nyanställd personal
- Delegeringar följs upp årligen av sjuksköterska och kan dras tillbaka vilket inte görs inte så ofta

Fall med skada har ökat från 87 till 106.

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

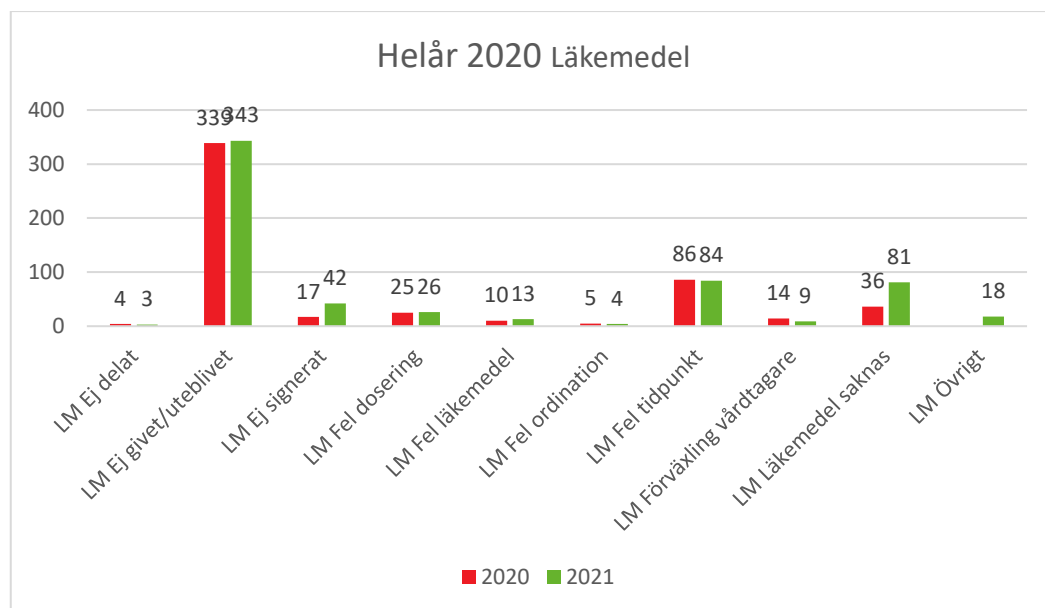
Extern samverkan utgående har inte förändrats.

- Regelbundna samverkansträffar mellan region och kommun
- 16 avvikelser har inkommit från region Gävleborg
- Externa avvikelser rapporteras i nämnd varje månad

Utbildningsmaterial om avvikelser gjordes under året i syfte att öka kunskap om avvikelseprocessen hos enhetschefer och medarbetare.

Förbättringsarbete avvikelser HSL

- Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltningsnivå är nödvändigt
- Ökat teamarbete 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 primärvård, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård



Analys Läkemedelsavvikelser

61 % av avvikelserna rör läkemedel, en ökning jämfört med 2021 då andelen var 59 %. 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.

84 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, Lex Maria, under 2021.

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.

Förbättringsarbete läkemedelsavvikelser HSL

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

5.4 Synpunkter, klagomål och beröm

	2019	2020	2021
Synpunkter, klagomål och beröm via webben/skriftligt formulär/mail	1	7	2
Klagomål via IVO	3	3	0
Tillsyn från IVO gällande HSL	0	0	2
Klagomål via Patientnämnden	4	3	6

En synpunkt/klagomål har inkommit rörande utförande av insats och ett beröm gällande information från MAS under pandemin.

Inget klagomål från IVO har inkommit under året.

IVO har under året genomfört en tillsyn inom LSS där HSL varit delaktig samt en tillsyn gällande medicinsk vård för personer som bor på äldreboenden.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2021 finns sex ärenden till kommunen gällande behandling (1), omvårdnad (3), vårdflöde (1) och undersökning/behandling (1)

MAS har handlagt ärendena från IVO och patientnämnden. Ingen av synpunkterna/klagomålen har bedömts som allvarlig vårdskada av MAS.

5.5 Händelser och vårdskador

	2019	2020	2021
Händelseanalys MAS	5	2	2
Händelseanalys MAR	-	0	1

Under 2021 har medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) gjort en händelseanalys som rörde ett fall som inträffade vid förflyttning med mobil personlyft. Efter händelsen har information gått ut till verksamheterna, rutin har reviderats och man

håller på med en översyn av utbildning inom förflyttning och handhavande av lyft i kommunen. Händelsen anmäldes enligt lex Maria januari 2022.

Under 2021 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört två händelseanalyser rörande personuppgiftsincident och felgivet vaccin. Händelseanalyser har dessutom genomförts vid ovanstående klagomål från IVO, klagomål via Patientnämnden samt vid enskildas synpunkter och klagomål.

En händelseanalys innehåller beskrivning av när händelsen inträffade, vad som hände, vilka konsekvenser händelsen fått, en analys och bedömning av bidragande/bakomliggande orsaker, vilka åtgärder – beslutade/vidtagna/planerade (vem/vilka ansvarar, tidsplan) som vidtagits samt uppföljning (vem/vilka ansvarar, tidsplan).

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

5.5.1 Lex Maria

	2019	2020	2021
Lex Maria MAS	0	2	0
Lex Maria MAR	-	0	0

MAR har inte gjort någon anmälan enligt lex Maria under 2021. Däremot gjordes en anmälan om negativ händelse med medicinteknisk produkt efter en händelse där ett länkhjul lossnade från en rullstol och en patient föll i golv.

Ingen händelse har under årets bedömts som allvarlig vårdskada efter utredning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

5.6 Riskanalys

Förvaltningsövergripande har riskanalys genomförts relaterat till coronapandemin samt till omorganisation, dessa har följts upp under året.

Sjuksköterskeenheter har genomfört riskanalyser vid flytt av HSV Iggesund, flytt av HSV områden, coronapandemin samt ny HSL organisation. Rehabiliteringen 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.

5.7 Internkontroll

Hantering av personuppgifter i verksamhetssystem säkras genom loggkontroller - Genomförs loggkontroller i enlighet med rutin?

Resultat: Under perioden jan-nov 2021 har 300 loggar tagits ut ur verksamhetssystem. Det totala antalet inrapporterade loggkontroller har ingått i internkontrollen.

En ny rutin för loggkontroller finns inom förvaltningen. 30 loggar tas ut ur verksamhetssystem varje månad och skickas ut till ansvarig chef för kontroll. Endast ett fåtal återrapporteringar gjordes det första kvartalet medan närmare hälften av loggarna återrapporterades för perioden oktober-november. Den positiva trenden visar att följsamheten till rutinen ökat under året. Rapportering till nämnd har gjorts av MAS för första och andra tertialet 2021. För tabell se sid.42

Åtgärder: Informationen i e-tjänsten ”Säkert meddelande” som går ut till ansvarig chef har förtydligats i syfte att förenkla kontrollen.

Förslag: Rutinen bör revideras utifrån de första månadernas erfarenheter; ansvaret behöver revideras/förtydligas. Det behövs också ett förtydligande gällande vad som händer när oegentligheter upptäcks.

Skyddsåtgärder genomförs korrekt - Genomförs skyddsåtgärder i enlighet med rutin?

Resultat: Äldreomsorg: Samtycke och riskbedömningar saknas för majoriteten av personer med skyddsåtgärder. Egenkontroll genomförs regelbundet men alla enheter deltar inte. Riskbedömningar ska göras i team. Stickprov visar att endast ett fåtal riskbedömningar har genomförts i team.

LSS: Egenkontroll genomförs regelbundet men alla enheter deltar inte. Andelen personer med skyddsåtgärder där det finns ett samtycke och riskbedömning har ökat från hösten 2020 till vårens mätning 2021 för de enheter som deltagit vid båda mätningarna.

Åtgärder: Reviderad rutin, bland annat med förtydligande kring samtycke samt förutsättningar för arbete med riskbedömningar i multiprofessionella team.

Avvikelse slutförs - Slutförs avvikelser inom två månader? Dokumenteras åtgärder?

Resultat: Enligt förvaltningens riktlinjer ska avvikelser utredas skyndsamt (inom två månader) i syfte att kartlägga bakomliggande orsaker samt vidta åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Inom ramen för internkontrollen har 1760 avvikelser kontrollerats för perioderna jan-feb, maj-juni, juli-aug. Riktlinje för avvikelshantering finns inom förvaltningen, men den följs inte. Endast en dryg tredjedel av avvikelserna har avslutats i enlighet med riktlinjen. Det är inte rimligt att kräva att 100 % av avvikelserna hanteras i enlighet med riktlinjen t.ex. externa avvikelser, när flera avvikelser hanteras tillsammans m.m.

Åtgärder: Utbildning i avvikelshantering planeras för enhetschefer inom äldreomsorgen i början på 2022. Ett material håller på att tas fram som stöd för enhetschefens arbete med implementering av avvikelsearbetet.

Medicinhantering inom vård och omsorg - Hur stor andel har en aktuell medicindelegering?

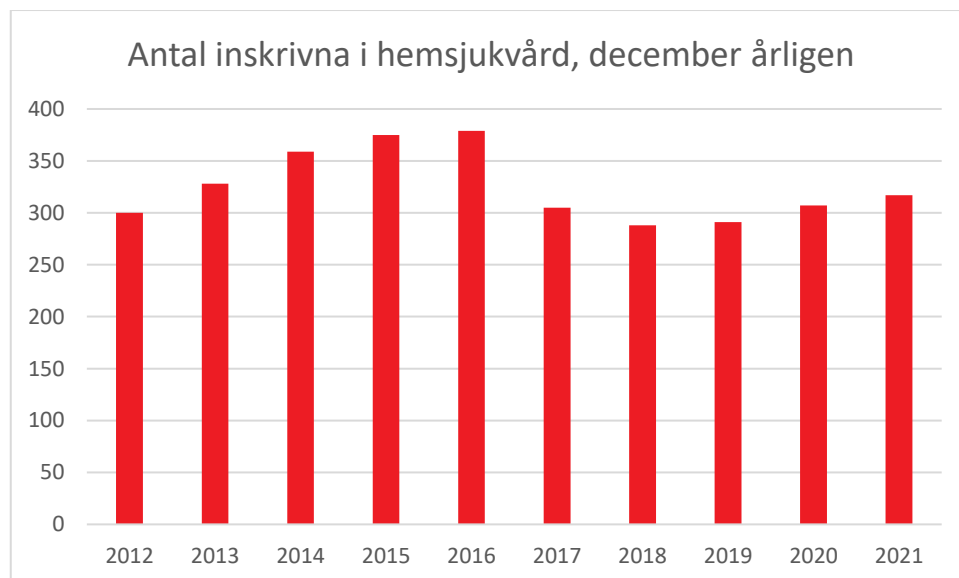
Resultat: Stickprovskontroll. Tre enheter inom hemtjänst, två vård- och omsorgsboenden för äldre och tre vård- och omsorgsboenden LSS, totalt 134 medarbetare. Av de 134 medarbetare som ingick i stickproven hade 26 personer (19 %) hanterat medicin utan aktuell delegering.

Åtgärder: Rutinen och resultatet av internkontrollen kommer att lyftas i äldreomsorgens ledningsgrupp

5.8 Hemsjukvård i ordinärt boende

Antalet inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende har under året varierat mellan 305 och 321 st. när vi månadsvis rapporterat till region Gävleborg.

2012 visar antalet man skatteväxlade för vid övertagande av hemsjukvård 2013 (300 st.).



6 Mål och strategier för kommande år

Med reservation för att Social- och omsorgsnämnden kan besluta om andra mål och uppdrag för 2022.

6.1 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 %

6.2 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?

6.3 Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2022

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

6.4 Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2022

- Säkrad kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor

6.5 Egna mål och strategier 2022

6.5.1 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 100 %

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 Förskrivarutbildning hjälpmedel - mål 100 %

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webb utbildning Förskrivarutbildning 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 rekryteringsenheten som genomfört webb utbildning om hjälpmedel – mål 100 %

6.5.2 Eegna 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.

6.5.3 Prioriterade utbildningar 2022

Prioriteringar för att upprätthålla en god kvalitet och hög patientsäkerhet i Hudiksvalls kommun.

Interna och externa utbildningar

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

Webbutbildningar – legitimerad personal ska ha genomfört utbildningarna

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

6.5.4 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.

Hudiksvall 2022-02-28

Karin Wedin Papaztcheva
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska (MAS)

Jonna Margulies
Medicinskt ansvarig
för rehabilitering (MAR)