

# Patientsäkerhetsberättelse 2020

Social- och omsorgsförvaltningen



Hudiksvalls  
kommun

Dnr 2021-050-779



## Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
1.1	Mål.....	2
1.2	De viktigaste åtgärderna som vidtagits.....	2
1.3	De viktigaste resultaten som uppnåtts.....	2
1.4	En blick framåt.....	3
<b>2</b>	<b>Inledning</b>	<b>3</b>
2.1	Nya lagar och författningar inom hälso- och sjukvård.....	3
<b>3</b>	<b>STRUKTUR</b>	<b>4</b>
3.1	Övergripande mål och strategier 2020.....	4
3.1.1	Nämndens mål och indikatorer 2020.....	4
3.1.2	Internkontroll 2020.....	4
3.1.3	Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2020.....	4
3.1.4	Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2020.....	4
3.1.5	Egna mål och strategier 2020.....	4
3.2	Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
3.4	Patienters och närståendes delaktighet.....	9
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
3.6	Klagomål och synpunkter.....	10
3.7	Egenkontroll.....	10
<b>4</b>	<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>	<b>12</b>
4.1	Avvikelser.....	12
4.2	Delegering.....	12
4.3	Dokumentation.....	12
4.4	Egenkontroll.....	12
4.5	Hjälpmedel.....	13
4.6	Skyddsåtgärder.....	13
4.7	Informationsöverföring.....	13
4.8	Kompetensförsörjning.....	13
4.9	Ledningssystem.....	13
4.10	Läkemedel.....	14
4.11	Riskbedömningar/Kvalitetsregister.....	14
4.12	Samverkan.....	15
4.13	Risکانالys.....	15
4.14	Utredning av händelser - vårdskador.....	16
4.15	Informationssäkerhet.....	16
<b>5</b>	<b>RESULTAT OCH ANALYS</b>	<b>17</b>
5.1	Mål och strategier.....	17
5.1.1	Nämndens mål och indikatorer 2020.....	17
5.1.2	Egna mål och strategier 2020.....	18
5.2	Egenkontroll.....	21
5.2.1	Kvalitetsregister.....	21
5.2.2	Senior alert.....	22
5.2.3	Svenska palliativregistret.....	24
5.2.4	BPSD registret.....	26

5.2.5	SveDem (Svenska demensregistret).....	28
5.2.6	Stjärnmärkt .....	29
5.2.7	Trycksår.....	29
5.2.8	Bälte .....	30
5.2.9	Kateter (KAD)/Urinvägsinfektion (UVI).....	31
5.2.10	Basala hygienrutiner och klädregler .....	31
5.2.11	Vårdhygienisk egenkontroll .....	32
5.2.12	Hygienrond.....	33
5.2.13	Självskattning.....	33
5.2.14	PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler) .....	33
5.2.15	PPM-HALT.....	38
5.2.16	Informationssäkerhet .....	40
5.2.17	Dokumentation.....	41
5.2.18	Strukturerad journalgranskning .....	42
5.2.19	Strukturerade loggkontroller.....	42
5.2.20	Nationell patientöversikt (NPÖ).....	42
5.2.21	Läkemedelshantering.....	42
5.2.22	Skyddsåtgärder .....	45
5.2.23	Förskrivarutbildning - hjälpmedel.....	47
5.2.24	Uppföljning av lyftselar .....	47
5.2.25	Förflytningsutbildning.....	47
5.3	Avvikelser .....	47
5.3.1	Analys avvikelser HSL .....	48
5.4	Synpunkter, klagomål och beröm.....	50
5.5	Händelser och vårdskador .....	50
5.5.1	Lex Maria .....	51
5.6	Riskanalys .....	51
5.7	Hemsjukvård i ordinärt boende.....	51
<b>6</b>	<b>Mål och strategier för kommande år</b>	<b>53</b>
6.1	Nämndens mål och indikatorer 2021.....	53
6.2	Internkontroll 2021.....	53
6.3	Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2021 .....	53
6.4	Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2021 .....	53
6.5	Egna mål och strategier 2021 .....	53
6.5.1	Egna mål 2021.....	53
6.5.2	Egna strategier 2021 .....	55
6.5.3	Prioriterade utbildningar 2021 .....	56
6.5.4	Framtida utmaningar.....	57

# 1 Sammanfattning

Coronapandemin har medfört ett pressat läge för verksamheterna under året. Inom äldreomsorgen har det varit utbrott på flera enheter. Många patienter och medarbetare har varit sjuka vilket har bidragit till en mycket ansträngd situation. Teamsamverkan har försvårats pga. restriktioner kring fysiska möten. MAS/MAR har haft veckovisa digitala möten med enhetschefer, primärvården och Region Gävleborg.

Patientsäkerhetsarbetet har under året haft fullt fokus på att minska smittspridning. Flera olika åtgärder har satts in på alla nivåer i organisationen. Nya rutiner för covid-19 samt information kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning mm. har tagits fram. Efterlevnad har följts upp genom egenkontroller. Trots pandemin har arbete med målen för patientsäkerhetsarbetet 2020 genomförts med undantag från några aktiviteter som ställts in.

## 1.1 Mål

Andel personer med en aktuell riskbedömning i Senior alert är fortfarande låg. Teamarbetet har inte kommit igång på alla enheter efter omorganisationen.

Trots stor omsättning på sjuksköterskor upplever brukarna att boendena har en relativt stabil tillgång till sjuksköterska, då resultatet är detsamma som föregående år.

## 1.2 De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Social och omsorgsförvaltningen har genomgått en större omorganisation som trädde i kraft 1 mars i samband med att coronapandemin började uppmärksammas.

Trygg hemgångsteamet utökades under året med legitimerad personal och har startat upp sin verksamhet för att utreda personers behov av hälso- och sjukvård efter utskrivning från slutenvården.

## 1.3 De viktigaste resultaten som uppnåtts

Rutinen för skyddsåtgärder har uppdaterats för att säkerställa att riskanalys genomförs enligt rutin och egenkontroll har genomförts.

Rutinen för fallprevention har reviderats. För att få vetskap om samtliga fall för att strukturera jobba fallförebyggande ska alla fall, oavsett skada eller inte, registreras som en avvikelse från 1/1–2020.

För att förbättra resultatet av antalet läkemedelsavvikelser ser man regelbundet över delegeringsutbildning för nyanställda.

## 1.4 En blick framåt

Den nya organisationens arbetssätt fördröjdes på grund av coronapandemin. Målet är att man ska fokusera på att få en likvärdig vård och omsorg för dem vi är till för genom att strukturer, arbetssätt och styrning ses över. Ett väl fungerande teamarbete behövs för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

## 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

- Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19 (HSLF-FS 2020:81), 29 december 2020
- Lag om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (SFS 2021:4) - träder i kraft 8 januari 2021
- Lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista, 1 maj 2021
- Ändrade direktiv enligt EU Förordning 2017/745 om medicintekniska produkter - träder i kraft fullt ut 26 maj 2021 (MDR)

## 3 STRUKTUR

### 3.1 Övergripande mål och strategier 2020

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

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

#### 3.1.1 Nämndens mål och indikatorer 2020

**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 80 %*

***Indikator:** Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska - mål 75 %*

#### 3.1.2 Internkontroll 2020

Ingen internkontroll rörande patientsäkerhetsarbete är planerad under året.

#### 3.1.3 Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2020

- 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 2020

- Kontinuitetsplaner för verksamheterna
- Säkrad kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor

#### 3.1.5 Egna mål och strategier 2020

Egna mål 2020

**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 %*

***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 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 %

## Skydds- och begränsningsåtgärder

**Indikator:** Andel personer med ordination på bälte som har en aktuell riskanalys - mål 100 %

## Hjälpmedel

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

**Indikator:** Andel enbeter 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 %

## Rehabilitering

**Indikator:** Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått en inflyttningsbedömning av arbetsterapeut/fysioterapeut - mål 100 %



Egna strategier 2020

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
Aktuella rutiner inom rehabiliteringsområdet ska finnas i ledningssystemet Så här jobbar vi.	MAR/EC rehab
Rutin ska vara känd och aktuell riskanalys ska alltid finnas för personer som har skyddsåtgärder.	EC
Trygg hemgång ska utökas med legitimerad personal för att utreda personers behov av hälso- och sjukvård efter utskrivning från slutenvården.	EC Trygghemgång
Planera för att utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud/utbildare i förflyttningsteknik.	VC/EC
Öka kunskapen kring hjälpmedel och risker vid hantering av hjälpmedel.	MAR
Namngivna personer (en/flera) ska finnas som ansvariga för att leda och samordna informationssäkerhetsarbetet.	Förvaltningen
Loggkontroller ska utföras enligt rutin.	VC
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.	EC
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

### **3.2 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 SOSFS 2008:1 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.

### **3.3 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.

Rehabenheten samverkar med regionen och Hjälpmedel SAM, framförallt i hjälpmedelsfrågor.

Verksamhetschefer från primärvården, vårdenhetschefer från slutenvården samt kommunens biträdande förvaltningschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering 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.

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.

Enhetschefer HSL i Hälsingland träffas regelbundet.

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.

Länets MAS/MAR träffas regelbundet under terminerna för att få en samsyn kring patientsäkerhetsarbetet i länets kommuner.

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 genomförs hygienronder och utbildningar.

Länets kommuner har ett avtal gällande hjälpmedel med Hjälpmedel SAM.

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

Avtal med regionens Tandvård tecknades 2020, 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 planeras starta upp med representanter från varje kommun.

Avtal har under året tecknats 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 fyra gånger årligen träff med primärvårdens chefsläkare.

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

När behov uppstår bistår regionens kliniska träningscentrum KTC med utbildning.

### **3.4 Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vid inflyttning till vård och omsorgsboende får personen/närstående en informationsbroschyr med tips på lämpliga möbler, belysning osv. för att undvika fallskador.

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.

### **3.5 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.

Avvikelse 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. Avvikelse ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten.

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

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

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

En samlad analys redovisas under Resultat och analys – Avvikelse, se s.47

### 3.6 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.

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

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

En samlad analys redovisas under Resultat och analys – Synpunkter, klagomål och beröm, se s.50

### 3.7 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 vart 4-5:e år	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-BHK v.12–13 PPM-HALT v.46–47 Vårdhygienisk standard, enkät Självskattning

Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Dokumentation	1 gång per år	Strukturerad journalgranskning
	Löpande under året	Strukturerad loggkontroll
Förskrivartutbildning - hjälpmedel	1 gång per år	Enkät
Uppföljning av lyftselar	1 gång per år	Enkät
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Enkät

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

Egna mål 2021, se sida 53.

## **4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Under 2020 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 central basutbildning genomförs regelbundet för nyanställd omvårdnadspersonal. Webbutbildning 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 arbetsterapeuters och fysioterapeuters delegeringar sker på ett sätt som uppfyller kraven på en god och säker vård har ny rutin *Delegering arbetsterapeuter och fysioterapeuter* upprättats under året.

### **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.

Varje termin medverkar medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) vid träffar för dokumentationsstödjure för att säkerställa omvårdnadspersonalens dokumentation i Genomförandewebbens hälsoärenden/vårdplaner samt informerar om avvikelser och delegering.

### **4.4 Egenkontroll**

Egenkontroller genomförs av MAS/MAR.

#### **4.5 Hjälpmedel**

Hjälpmedelsorganisation i länet har genomgått en omorganisation under 2020, gemensam hjälpmedelssamordnare för regionen och länets kommuner har tillkommit.

Inom kommunen finns en arbetsgrupp som diskuterar hjälpmedelsfrågor. MAR har besökt 2 vård och omsorgsboenden för kontroll av följsamhet till och samtal om rutin *Handhavande av lyft*. Utbildningsplan kring förflyttningar och handhavande av lyft finns för all omvårdnadspersonal vid vård och omsorgsboenden samt hemtjänst.

#### **4.6 Skyddsåtgärder**

Rutinen för skyddsåtgärder reviderades under året och en ny egenkontroll kring skyddsåtgärder infördes i och med detta. Egenkontrollen innehåller uppgifter gällande de skyddsåtgärder som förekommer på enheten och ska genomföras av enhetschefer för vård och omsorgsboenden samt gruppboenden inom Vård och omsorg två gånger per år.

#### **4.7 Informationsöverföring**

Lifecare SPU/Lifecare SIP är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutenvård, hälso- och sjukvård samt samordnad individuell plan. Används för kommunikation mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård samt socialsekreterare. Läns-gemensam 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 konsument, 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, rutiner ses regelbundet över och revideras vid behov. Flera nya rutiner har tillkommit.

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 tertiär 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 2020, Resultat och analys – Nämndens mål, se s.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 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 livskvaliteten 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 övergripande nivå.

En samlad analys redovisas under rubriken Resultat och analys – Riskanalys, se sidan 51.

#### **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 s.50

#### **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 s.51

## 5 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### 5.1 Mål och strategier

#### 5.1.1 Nämndens mål och indikatorer 2020

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

Indikator	2017	2018	2019	2020	Mål 2020
Andel personer med HSV/SÄBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)	41,6 %	52,2 %	44,1 %	44,8 %	80 %
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska	76 %	72 %	72 %	72 %	75 %

#### Analys

Av 881 personer på vård och omsorgsboende och hemsjukvård i ordinärt boende finns 395 unika personer registrerade i Senior alert, 44,8 %.

Låg målpuffyllelse, mer än hälften av personer på vård och omsorgsboende och i hemsjukvård i ordinärt boende är inte riskbedömda och registrerade i Senior alert.

Andelen personer inom hemsjukvården och boende som har en aktuell riskbedömning registrerad i kvalitetsregistret Senior Alert har ökat något från föregående år. En av orsakerna till den låga följsamheten kan vara hög personalomsättning bland sjuksköterskor. Lågt antal registreringar kan leda till att det finns en ökad risk för vårdskador, då personer som är i riskzonen inte identifierats och förebyggande insatser därmed inte kunnat sättas in i god tid. Det kan leda till minskad patientsäkerhet, ökat vårdbehov, ökade kostnader och minskad livskvalitet för brukarna.

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är svårigheten att rekrytera sjuksköterskor ett problem, trots detta så upplever brukarna att boendena har en relativt stabil tillgång till sjuksköterska, då resultatet är detsamma som föregående år. Hudiksvall har emellertid ett lägre resultat än riket totalt och liknande kommuner.

Trots bristen vad avser sjuksköterskebemanning så är målet ändå nära gällande tillgång till sjuksköterska. Men ett fortsatt arbete med en rekryteringsstrategi krävs för att höja resultatet.

Mål och strategier för kommande år se sidan 53 .

En samlad analys redovisas under rubriken Resultat och analys – Senior alert, se sidan 22.

### 5.1.2 Eegna mål och strategier 2020

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

<b>Indikator</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Mål 2020</b>
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	90 %	92 %	92 %	93 %	100 %

#### *Analys*

Av de unika personerna som är riskbedömda har 93 % minst en åtgärd registrerad. På väg att nå målet.

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

<b>Indikator</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Mål 2020</b>
Andel personer nyinflyttade på VÅBO som har fått en aktivitets- och funktionsbedömning	--	AT 71,4 %  FT 51,4 %	AT 25,9%  FT 45,5%	100 %

#### *Analys*

Av de 143 personer som har flyttat in på vård och omsorgsboende under 2020 har 25,9 % fått en bedömning av arbetsterapeut och 45,5 % fått en bedömning av fysioterapeut inom 3 veckor. Detta innebär ett försämrat resultat jämfört med föregående år, framförallt när det gäller bedömning av arbetsterapeut. Att resultatet är sämre i år beror till stor del på förändrat arbetssätt under coronapandemin då arbetsterapeuter och fysioterapeuter undvikit att göra besök på grund av smittspridningsrisk.

Statistiken har tagits fram på annat sätt i år då antal nyinflyttade är faktiska antalet nyinflyttade utifrån data från boendesamordnare istället för det antal som arbetsterapeut/fysioterapeut angett.

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: 59%**

**Indikator:** Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - mål 50 % **Resultat: 0 %**. Åtta enheter var inplanerade. Beroende på coronapandemin genomfördes inga externa besök på enheterna under hösten.

## Kvalitetsregister

**Indikator:** Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk - mål 100 % **Resultat: 93 %**

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat: 20,7 %**

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat: 11 %**

**Indikator:** Andel NPI poäng (Neuro Psychiatric Inventory) vid senaste mätningen i BPSD-registret - mål lägre än 13 poäng **Resultat: 16,8 poäng**

## Skydds- och begränsningsåtgärder

**Indikator:** Andel personer med ordination på bälte som har en aktuell riskanalys - mål 100 % **Resultat: 85 %**

## Hygien

**Indikator:** Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler) - mål 100 % **Resultat: V.11-12 47 %, våren 73 %, v.41-42 72 %**

## Dokumentation

**Indikator:** Andel legitimerad personal som genomfört journalgranskning - mål 75 % **Resultat: 92 %** av arbetsterapeuterna har genomfört journalgranskning. 0 % av fysioterapeuter och sjuksköterskor har genomfört journalgranskning

## Förskrivningsrätt

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

**Resultat: 100%**

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivnarutbildning inkontinenshjälpmedel - mål 100 % **Resultat: Inget resultat har rapporterats**

## Hjälpmedel

**Indikator:** Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 %  
**Resultat: 57,6 %**

**Indikator:** Andel enheter som följer rutin för handhavande av lyft - mål 100 %  
**Resultat: Rutinen följs till stor del vid de 2 enheter där kontroll genomförts**

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

## Egna strategier 2020

### 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	Ej startat
Aktuella rutiner inom rehabiliteringsområdet ska finnas i ledningssystemet Så här jobbar vi.	MAR/EC rehab	Klart
Rutin ska vara känd och aktuell riskanalys ska alltid finnas för personer som har skyddsåtgärder.	EC	Pågående arbete
Trygg hemgång ska utökas med legitimerad personal för att utreda personers behov av hälso- och sjukvård efter utskrivning från slutenvården.	EC Trygghemgång	Klart
Planera för att utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud/utbildare i förflyttningsteknik.	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	Ej utsedd
Loggkontroller ska utföras enligt rutin.	VC	Klart
Journalgranskning ska utföras enligt rutin.	MAS/MAR	Pågående arbete
Delegeringsutbildning ska genomföras på verksamhets- och enhetsnivå enligt rutin.	EC SSK	Klart
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

### Vårdprevention och utfall

Sverige / Kommun / Region  År  Typ av enhet  [Ex](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
	395	90% ↑ 519 av 577	93% → 484 av 519	93% → 483 av 519	65% → 286 av 441	53 ↑ 43 personer	145 ↑ personer	402 ↑ 193 personer	133 ↑ personer
	35	95% ↑ 52 av 55	98% → 51 av 52	100% → 52 av 52	100% ↑ 51 av 51	5 ↑ 2 personer	6 ↓ personer	24 ↑ 13 personer	11 ↓ personer
	2	100% ↑ 2 av 2	100% → 2 av 2	100% → 2 av 2	100% ↑ 3 av 3	1 ↓ 1 personer	0 ↓ personer	18 ↑ 11 personer	1 ↓ personer
	1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 0	1 ↑ 1 personer	0 ↓ personer	1 ↑ personer	0 ↓ personer
	33	94% ↓ 46 av 49	85% ↓ 39 av 46	87% ↓ 40 av 46	54% ↓ 20 av 37	4 ↑ 4 personer	13 ↑ personer	43 ↑ 19 personer	19 ↑ personer
	60	99% ↑ 78 av 79	90% → 70 av 78	87% → 68 av 78	55% → 36 av 66	6 ↓ 5 personer	28 ↓ personer	50 ↓ 25 personer	34 ↑ personer
	31	97% ↓ 30 av 31	100% → 30 av 30	100% → 30 av 30	92% ↑ 22 av 24	6 ↑ 4 personer	10 ↑ personer	15 ↑ 7 personer	6 ↑ personer
	14	100% ↑ 14 av 14	71% ↓ 10 av 14	57% ↓ 8 av 14	0% ↓ 0 av 25	2 ↓ 2 personer	5 ↓ personer	16 ↑ 11 personer	7 ↓ personer
	24	100% ↑ 42 av 42	95% ↓ 40 av 42	98% ↑ 41 av 42	24% ↓ 8 av 33	0 ↓ 0 personer	8 ↑ personer	14 ↑ 7 personer	13 ↑ personer
	7	86% ↑ 6 av 7	100% ↑ 6 av 6	67% ↑ 4 av 6	0% → 0 av 0	0 ↓ 0 personer	1 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer
	7	100% ↑ 7 av 7	71% ↓ 5 av 7	71% ↓ 5 av 7	25% ↑ 1 av 4	0 ↓ 0 personer	1 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	2 ↑ personer
	15	61% ↓ 19 av 31	100% ↑ 19 av 19	100% ↑ 19 av 19	36% ↑ 5 av 14	0 ↓ 0 personer	5 ↑ personer	4 ↑ 3 personer	3 ↑ personer
	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 1	0 ↓ 0 personer	1 ↓ personer	11 ↑ 4 personer	0 ↓ personer
	16	83% ↓ 19 av 23	89% → 17 av 19	89% → 17 av 19	19% ↑ 3 av 16	1 ↓ 1 personer	4 ↑ personer	3 ↑ 3 personer	1 ↑ personer
	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer
	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	1 ↓ 1 personer	0 ↓ personer	2 ↑ 2 personer	0 ↓ personer
	9	82% ↓ 14 av 17	93% ↑ 13 av 14	79% ↑ 11 av 14	38% ↑ 3 av 8	2 ↑ 2 personer	3 ↑ personer	8 ↑ 4 personer	0 ↓ personer
	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	1 ↓ 1 personer	0 ↓ personer	1 ↑ 1 personer	0 ↓ personer
	32	94% ↓ 30 av 32	100% → 30 av 30	100% → 30 av 30	29% ↑ 4 av 14	4 ↑ 2 personer	13 ↑ personer	34 ↓ 14 personer	11 ↑ personer
	24	97% ↓ 38 av 39	100% ↑ 38 av 38	100% ↑ 38 av 38	96% ↑ 43 av 45	8 ↑ 6 personer	10 ↓ personer	18 ↓ 12 personer	3 ↑ personer
	26	100% ↑ 32 av 32	97% ↑ 31 av 32	97% ↑ 31 av 32	100% ↑ 39 av 39	5 ↑ 5 personer	11 ↑ personer	44 ↑ 17 personer	4 ↓ personer
	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	100% ↑ 1 av 1	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer	16 ↑ 8 personer	0 ↓ personer
	9	100% ↑ 9 av 9	100% ↑ 9 av 9	100% ↑ 9 av 9	0% ↓ 0 av 4	0 ↓ 0 personer	5 ↑ personer	3 ↑ 2 personer	0 ↓ personer
	48	73% ↓ 68 av 93	94% ↓ 64 av 68	99% ↓ 67 av 68	84% ↓ 47 av 56	3 ↑ 3 personer	21 ↑ personer	50 ↑ 25 personer	17 ↑ personer
	14	86% ↑ 12 av 14	75% ↑ 9 av 12	83% ↑ 10 av 12	0% ↓ 0 av 0	3 ↑ 3 personer	6 ↑ personer	27 ↑ 12 personer	2 ↑ personer
	Målvården		75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

<https://plus.rjl.se/senioralert>

#### Andel registrerade

Av 881 personer på vård och omsorgsboende och hemsjukvård i ordinärt boende finns 395 unika personer registrerade i Senior alert, 44,8 %.

93 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (270 av 286 riskbedömningar).

### **Trycksår registrerade i Senior alert under 2020**

43 unika personer hade under året 53 trycksår totalt, en minskning med 10 personer jämfört med 2018.

Kategori 1 – 22 st.

Kategori 2 – 16 st.

Kategori 3 – 12 st.

Kategori 4 – 3 st.

### **BMI i Senior alert**

145 unika personer hade ett BMI <22.

### **Fall i Senior alert**

193 unika personer har sammanlagt fallit 402 gånger.

### **Munhälsa/ROAG i Senior alert**

133 unika personer har en registrerad risk för ohälsa i munnen. Hos dessa är 450 riskbedömningar av munhälsa gjorda. 371 förändringar identifierades.

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal (300 riskbedömningar)

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård (71 riskbedömningar)

### *Analys Senior alert*

I särskilt boende görs den största andelen riskbedömningar. Orsaken till det låga resultatet beror på rörligheten hos sjuksköterskorna samt att man inte prioriterar riskbedömningar.

Flera hemsjukvårdsområden har inte genomfört riskbedömningar pga. att man inte haft tillräckligt med resurser för att kunna prioritera riskbedömningarna samt svårigheter att samordna hemtjänstens resurser vid en riskbedömning.

Tandvården har minskat sina besök i vård och omsorgsboenden inom äldreomsorg under året på grund av coronapandemin och därför har inte utbildning av omvårdnadspersonal i munhälsobedömning och munvård skett i samma utsträckning som tidigare. Varje år erbjuds brukare, som uppfyller kraven, Nödvändig tandvård av tandhygienist. MAS bjuder årligen in omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor som inte tidigare fått utbildning i ROAG munhälsobedömning av tandhygienist.

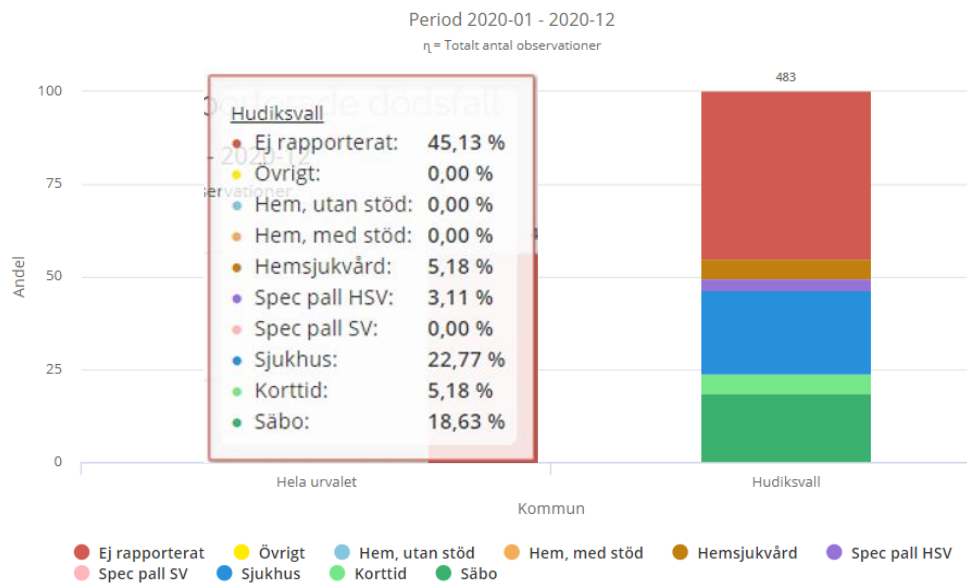
### *Förbättringsarbete Senior alert*

- Utse Senior alert utbildare/stödjare med avsatt tid för att förbättra resultatet
- 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.

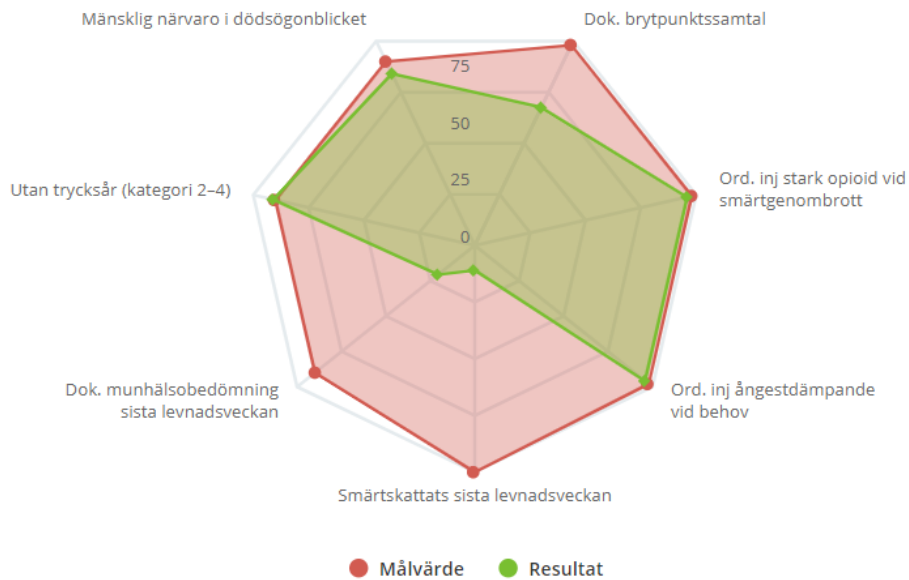
### 5.2.3 Svenska palliativregistret

#### Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	67,6	98	98	145
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	95,9	98	139	145
Ord. inj ångestdämpande vid behov	95,9	98	139	145
Smärtskattats sista levnadsveckan	11,0	100	16	145
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	20,7	90	30	145
Utan trycksår (kategori 2-4)	91,0	90	132	145
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	84,1	90	122	145

### Analys Palliativregistret

Resultat visar registreringar i både sluten- och öppenvård samt kommunen. 145 av 483 dödsfall är registrerade.

29 % är registrerade av kommunen, 26 % av regionen och 45 % saknar registrering. Oklart om de hör till regionen eller kommunen.

Andel Brytpunktssamtal och Smärtskattning ligger lågt men har ökat något, Munhälsobedömning har minskat. Övriga parametrar har försämrats sedan 2019.

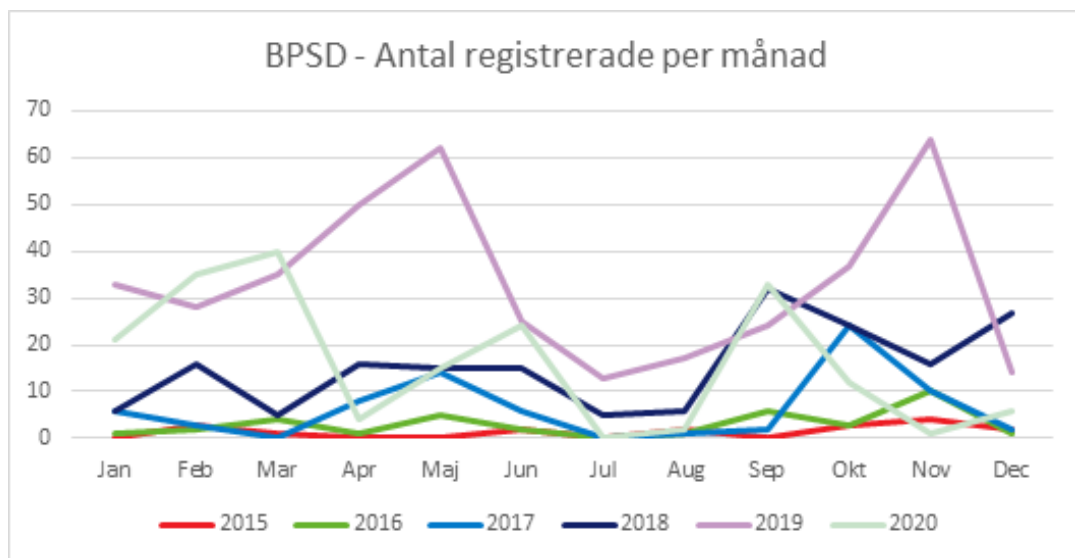
### Förbättringsarbete Palliativregistret

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

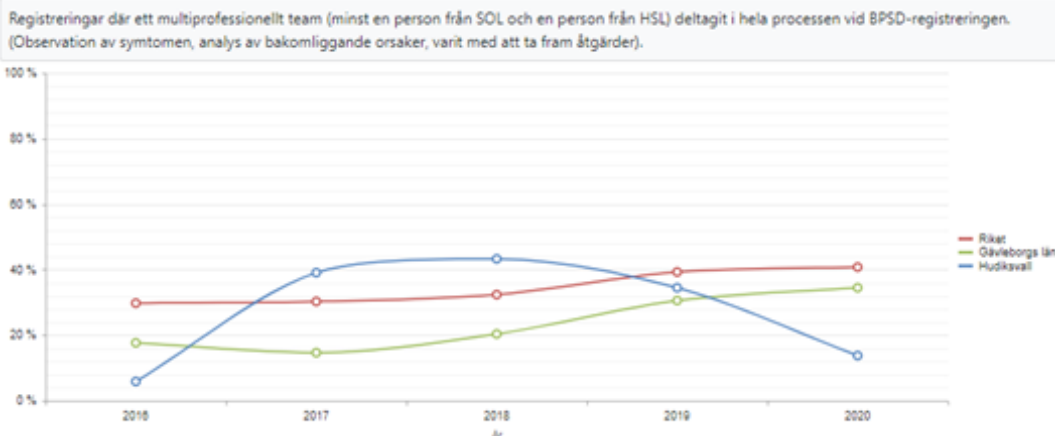
### 5.2.4 BPSD registret

#### Analys av kvalitetsindikatorerna

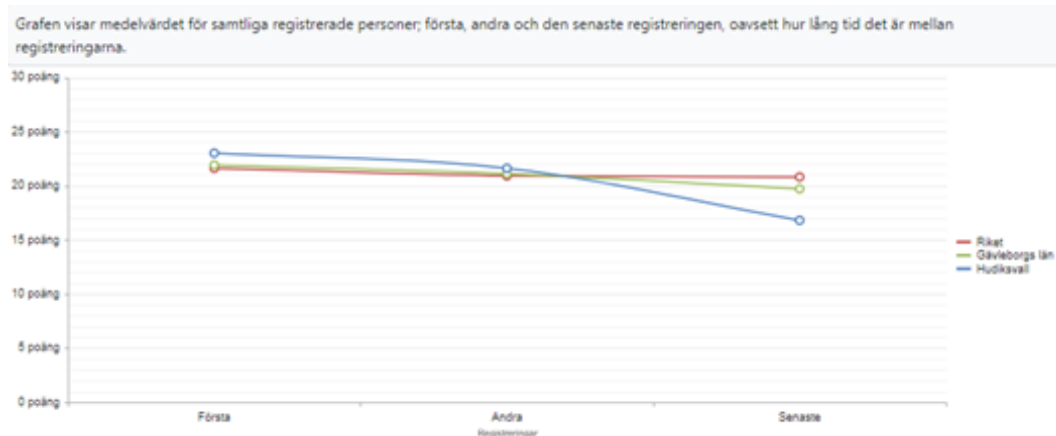
Redovisningen av kvalitetsindikatorerna har ändrats från och med sommararen 2020. Bemötandeplaner 100 %, tvingande funktion för att komma vidare i systemet.



Antal registrerade per månad har sjunkit kraftigt under de månader som coronapandemin pågått i jämförelse med 2019.



Registreringar där ett multiprofessionellt team deltagit i hela processen vid BPSD teamsamverkan sjunker kraftigt för Hudiksvall, något att jobba vidare med.



NPI poängen sjunker över tid i Hudiksvalls kommun vilket visar på att våra boende med demenssjukdom som registrerats och följts upp (122 personer) har en bättre livskvalité och mår bättre. Leder också till en lugnare miljö både för de demenssjuka, medboende, omvårdnadspersonal och anhöriga.

Medelvärdet för samtliga registrerade personer, första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna har sjunkit från 23 p vid första mätningen till 16,8 p vid sista mätningen, vilket är ett positivt resultat.

#### Analys BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

I dagsläget har samtliga vård och omsorgsboenden inom äldreomsorgen i Hudiksvalls kommun blivit anslutna till BPSD och ska jobba med arbetssättet i den dagliga omvårdnaden.

Några vård och omsorgsboenden kommer inte igång. Orsak? Bristande stöttning från enhetscheferna och sjuksköterskorna? Personalen löser problemen med BPSD på annat sätt än som är tänkt? Önskvärt är att personcentrerade omvårdnadsåtgärder och bemötandeplan ska vara prio 1.

Alla vård och omsorgsboenden har utbildad personal. Även Rehabenheten har personal som gått utbildningen, och fler önskar att gå. Framåt behöver 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.

Under 2015 utfördes 14 st. skattningar  
2016 utfördes 39 st. skattningar  
2017 utfördes 76 st. skattningar  
2018 utfördes 184 st. skattningar  
2019 utfördes 401 st. skattningar

Under 2020 har 193 st. skattningar utförts, en markant nedgång det senaste året.

#### *Förbättringsarbete BPSD-registret*

- Tjänst som Demenssjuksköterska bör tillsättas samt ges förutsättning för att stötta, handleda och implementera BPSD i förvaltningen för en god demensvård
- Starta upp ett demensteam med flera yrkeskategorier som deltagare. Demensvård är ett viktigt arbete relaterat till att många av våra boende på vård- och omsorgsboenden och kunder inom hemtjänst har problem med BPSD. Vi är skyldiga att ge dem en god omvårdnad och en god livskvalitet.
- Involvera och engagera enhetschefer och sjuksköterskor
- Motivera de vård och omsorgsboenden som har tappat fart och riskerar åka ur BPSD registret samt motivera till god demensvård
- Demenssjuksköterska samt någon mer intresserad legitimerad personal bör få möjlighet till utbildning som certifierad utbildare i BPSD
- Utbildning kontinuerligt till olika yrkeskategorier efter behov för att kunna bedriva en god demensvård
- Tid avsatt för implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom
- Arbeta aktivt med personcentrerad demensvård samt att arbeta med Nollvisionen

#### 5.2.5 SveDem (Svenska demensregistret)

Hudiksvalls kommun har gått in i SveDem med början på Helenedal från 2019-04-29. Oktober 2019 gick Edshammar och Månsbacken med och arbetet planerades fortsätta med att ansluta fler enheter. Just nu inget på gång relaterat till coronapandemin.

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

### 5.2.6 Stjärnmärkt

Stjärnmärkt ligger nu vilande relaterat till coronapandemin, ny uppstart planeras när läget tillåter.

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.

Fyra personer från kommunen har gått utbildning i att undervisa i Stjärnmärkt. Endast två är aktiva som utbildare, fler behöver utbildas i kommunen. Första stjärnmärkt utbildningen har varit på Helenedal under våren 2019. Under våren 2020 med start i januari genomförde Edshammar och Månsbacken början på utbildningen Stjärnmärkt som inte slutfördes pga. pandemin, planerar starta upp igen 2021.

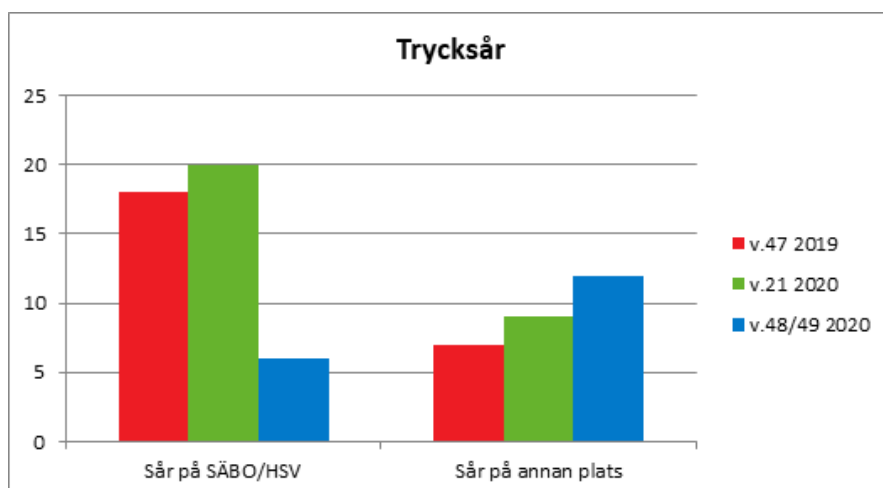
Arbetet med att ansluta fler enheter har avstannat då det inte finns någon demenssjuksköterska eller annan utsedd ansvarig. Fler behöver gå utbildning i att undervisa i Stjärnmärkt.

### 5.2.7 Trycksår

Egenkontroll genomförs två gånger/år, vecka 21 och i samband med HALT-mätning vecka 47. Höstens mätning skedde vecka 48-49 2020.

#### Mätning v.48-49 2020

	v.47 2019	v.21 2020	v.48/49 2020
Sår uppkommit på boende/i hemsjukvård	18	20	6
Sår uppkommit på annan plats	7	9	12





#### Analys Trycksår:

12 av 43 enheter rapporterade inte i mätningen vecka 48/49–2020. Hälften i hemsjukvården och 20 % VÅBO.

Av cirka 1000 kunder, VÅBO (574) hemsjukvård (ca 280) funktionsnedsättning (139), finns 18 med trycksår enligt enkäten under ovanstående veckor.

Enligt Senior alert har 43 personer haft 53 trycksår totalt under hela 2020.

Trycksår uppstod:           36 st. på egen enhet  
                                  15 st. på annan enhet  
                                  2 st. ingen uppgift

Trycksår per kategori:   22 st. kategori 1  
                                  16 st. kategori 2  
                                  12 st. Kategori 3  
                                  3 st. Kategori 4

Antalet sår som uppkommit på boende/i hemsjukvård har minskat markant sedan vårens mätning, sår som uppkommit på annan plats har ökat. Ser man till hela 2020 är det flest uppkomna på egen enhet.

#### Förbättringsarbete Trycksår

- När trycksår uppkommer ska avvikelser skrivas. 2020 är bara 10 trycksår registrerade som avvikelse
- Trycksår som uppkommer på sjukhus ska rapporteras som en extern avvikelse
- Fortsätta riskbedömningar i Senior alert för att förebygga trycksår på VÅBO/HSV
- Funktionsnedsättning kan inte registreras i Senior alert men riskbedömning kan göras ändå, dokumenteras i Treserva. Vårdprocess inleds med de åtgärder man kommit fram till.

#### 5.2.8 Bälte

	v.21 2019	v.47 2019	v.21 2020
Andel med ordination på bälte	20	20	13
Andel med riskanalys	6	11	11

#### Analys Bälte

Färre brukare har bälte än 2019. 11 av 13 har en dokumenterad riskbedömning. Rutin Skyddsåtgärder reviderades i maj 2020. Kan vara en anledning till att alla utom två nu har en riskbedömning gjord.

#### Förbättringsarbete Bälte

- Då bälte är en begränsningsåtgärd ska riskbedömning och plan för uppföljning göras och dokumenteras i vårdprocess och genomförandeplan enligt rutin Skyddsåtgärder

Från hösten 2020 genomförs egenkontroll skyddsåtgärder där bälte ingår, se Skyddsåtgärder s.45

#### Förbättringsarbete Bälte

- Då bälte är en skyddsåtgärd ska riskanalys göras och dokumenteras i vårdprocess och genomförandeplan enligt rutin Skyddsåtgärder
- Verksamheten behöver implementera och arbeta utifrån fastställd rutin Skyddsåtgärder gällande ordination, riskanalys och dokumentation

#### 5.2.9 Kateter (KAD)/Urinvägsinfektion (UVI)

	v.47 2019	v.21 2020	v.48/49 2020
KAD man	61	50	22
KAD kvinna	22	17	25
UVI behandling utan KAD	4	10	23
UVI behandling med KAD	5	5	10

#### Analys

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

Andelen män och kvinnor med KAD har förändrats jämfört med föregående år, 22 resp. 25 st. Av dessa hade 5 brukare pågående behandling för urinvägsinfektion, och 10 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).

#### 5.2.10 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.

Central utbildning för hygienombud, enhetschefer, rehab och sjuksköterskor har bara genomförts vid två tillfällen under våren av hygiensjuksköterska och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) pga. pandemin.

Lokala utbildningar riktade till omvårdnadspersonal, enhetschef och sjuksköterska har MAS genomfört på Lyckbacken och Opalen.

MAS har tagit fram en uppdragsbeskrivning för hygienombud med syfte att höja personalens kunskapsnivå för vårdhygieniska frågor.

### 5.2.11 Vårdhygienisk egenkontroll

Under september 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 egenkontroll*

Svarsfrekvensen var hög och resultatet var mycket positivt. 8 av 12 hemtjänstområden, 14 av 14 enheter på vård och omsorgsboende, 6 av 6 områden inom funktionsnedsättning och 3 av 4 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 med flest identifierade brister (totalt 37 enheter)*

	Nej	Nej men handlingsplan finns
1.2 Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla personalkategorier		13,3 %
1.3 Person med definierat ansvarsområde vårdhygien finns på enheten, till exempel hygienombud	20,0 %	6,7 %
1.5 All personal ges möjlighet till återkommande vårdhygienisk utbildning och uppdatering	10,5 %	5,3 %
1.6 Enhetschef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska har ett aktivt samarbete inom området vårdhygien	11,0 %	18,2 %
1.8 Resultatet från mätningarna analyseras och återkopplas	13,5 %	13,5%
2.7 All personal i direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete har obeklädda och osmyckade händer och underarmar med hel hud	23,5 %	
3.3 Städ rutin finns för verksamhetens utrymmen för indirekt vård- och omsorgsarbete såsom materialförråd, läkemedelsrum, desinfektionsrum	23,1 %	
3.4 Rutin för säker hantering av tvätt finns	14,3 %	7,1 %
3.7 Diskdesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion	66,7 %	
3.8 Kvalitetskontroller av diskdesinfektorer genomförs och dokumenteras	75,0 %	
3.11 Riskbedömning gällande vårdhygieniska aspekter har genomförts	11,1 %	11,1 %

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

#### 5.2.12 Hygienrond

Hygienrond är ett komplement till Vårdhygienisk egenkontroll. Hygienronder har tillsammans med MAS och hygiensjuksköterska från vårdhygien under året genomförts på Team HSL, Team 1 och 3 inom äldreomsorgen. Övriga planerade ronder ställdes in 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.

#### 5.2.13 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.

#### 5.2.14 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 erbjuds samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i såväl 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.

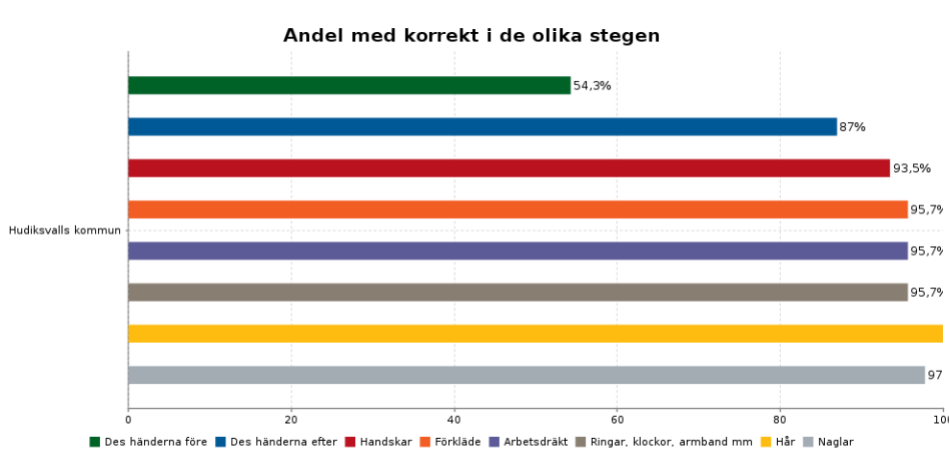
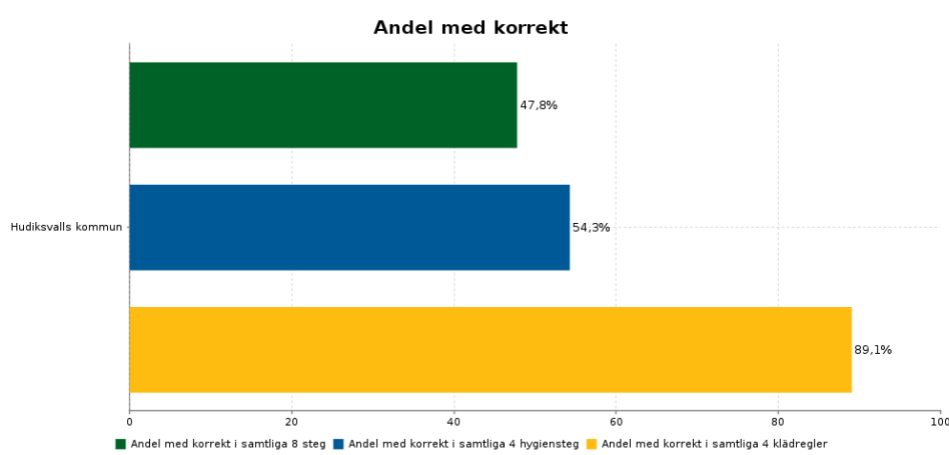
Hygienombud har en uppdragsbeskrivning där ansvarsområdet beskrivs. Önskvärt är att den gås igenom och skrivs under av chef och anställd årligen.

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 femte året mätningen genomförs i Hudiksvalls kommun.

Ordinarie mätning v.11-12 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Antal registrerade observationer	78	59	48	100	46
Antal enheter	7	6	7	8	4

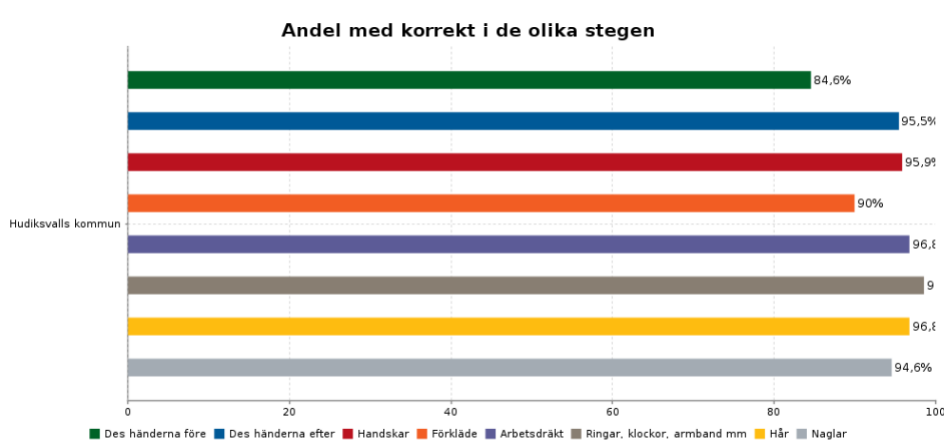
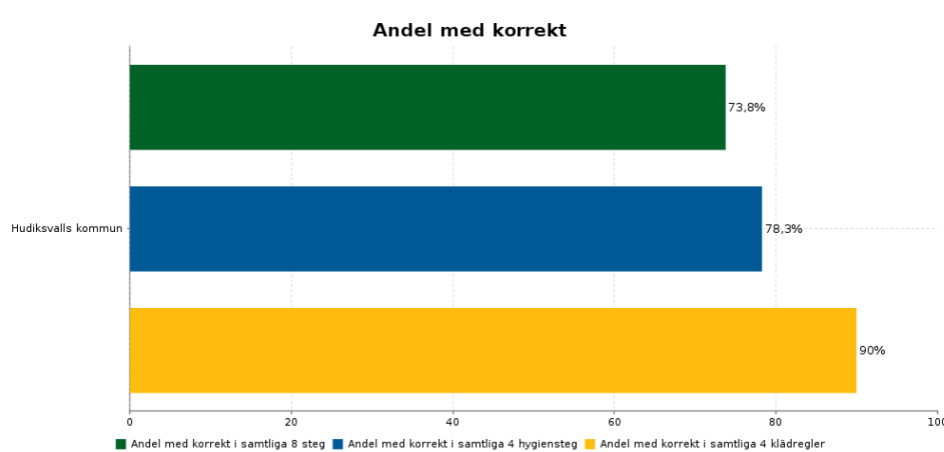


Mätning vecka 11-12 2020 registrerades 46 observationer på fyra enheter: Edsbacka, Frejagården, Ingsta och Tryggebo. Ett anmärkningsvärt lågt deltagande.

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

Extra mätning PPM-BHK vecka 21-23

	v.21-23
Antal registrerade observationer	221
Antal enheter	22



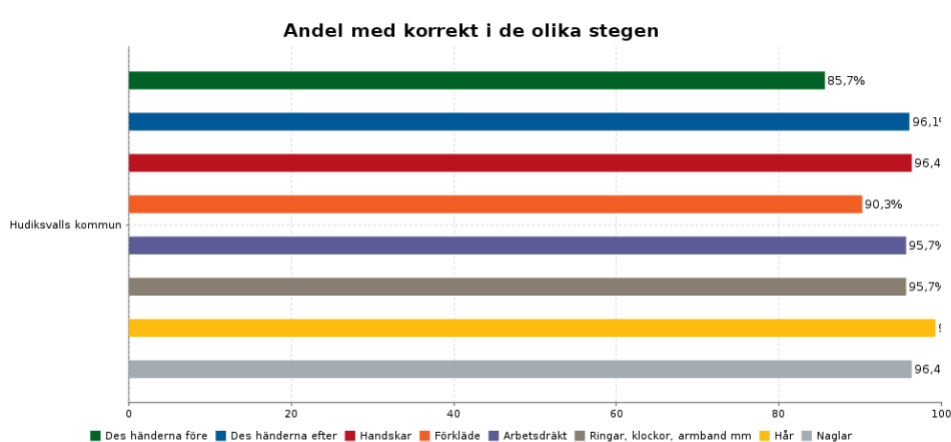
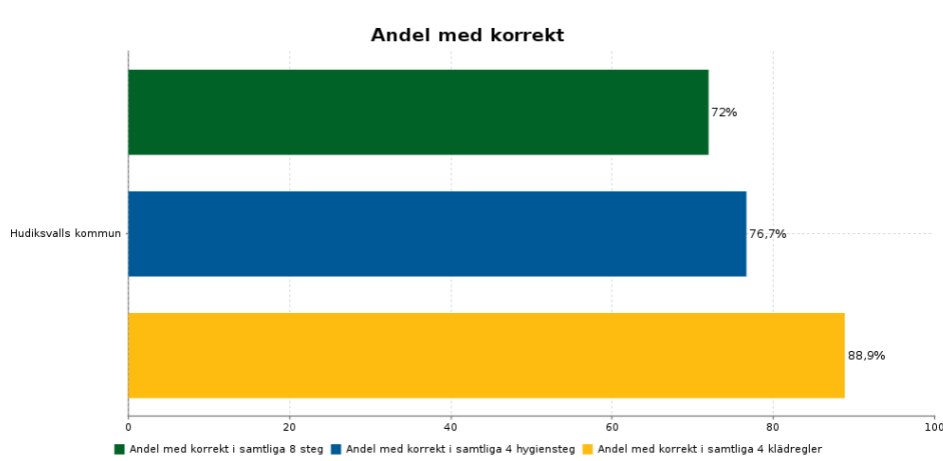
Enheter som deltog var Edsbacka, Edshammar, Forsagården, Forsa rehab, Diamanten, Opalen, Pärlan, Rubinen, Smaragden, Frejagården, Helenedal, Hemtjänst (Forsa, Iggesund, Njutånger, Näsviken), Håsta äldreboende, Ingsta, Lyckbacken, Månsbacken, Rosenborg, Tryggebo och Tunbacka.

221 observationer genomfördes på 22 enheter av vård och omsorgspersonals följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes av hygienombud på enheterna.

Fler enheter kan ha genomfört observationer utan att registrera via SKR.

Extra mätning PPM-BHK vecka 40-41

	<b>v.40-41 2020</b>
Antal registrerade observationer	279
Antal enheter	24



Enheter som deltog var Daglig verksamhet, personlig assistans (EC 2. EC 5), Edsbacka, Edshammar, Forsagården, Forsa Lund, Frejagården, Granebo, Hemtjänst (Forsa, Iggesund), Håstaborg, Håsta äldreboende, Iggebo, Ingsta, Kolmo, Månsbacken, Skeppsdals, Storgatan, Sunnansjö, Tryggebo, Tunbacka samt två externa utförare.

279 observationer genomfördes på 24 enheter av vård och omsorgspersonals följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes av hygienombud på enheterna.

Fler enheter kan ha genomfört observationer utan att registrera via SKR.



#### *Analys PPM-BHK*

Andel med Korrekt i samtliga åtta steg var för **Äldreomsorg** 47,8 % i mätningen v.11-12 2020. Till den extra mätningen v.21–23 hade de stigit till 73,8 %. Resultatet är inte helt jämförbart då bara fyra enheter deltog i den första mätningen. Förbättringsområden är främst Desinfektion av händerna före (84,6 %), Naglar (94,6 %), Förkläde (90 %). För övriga områden finns ingen jämförbar siffra med tidigare mätningar.

Andel med Korrekt i samtliga åtta steg var för **Vård och omsorgsboende LSS inklusive korttidsvistelse** 54,9 %. Förbättringsområden är främst Förkläde (67,2 %), Ringar, klockor, armband (84,4 %), Desinfektion av händerna före (95,9 %).

Andel med Korrekt i samtliga åtta steg var för **Kommunassistans** 68,7 %. Förbättringsområden är främst Arbetsdräkt (83,6 %), Förkläde (89,6 %), Desinfektion av händerna före/ Ringar, klockor, armband (94 %).

#### *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
- Fler enheter inom ÄO och FN ska observera och registrera 2021
- Samtliga enheter ska använda Hygienöverenskommelsen
- Hygienombuden ska genomföra årliga självskattningar

#### 5.2.15 PPM-HALT

Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT). PPM-HALT (Punktprevalensmätning - Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Mätningen gjorde ett uppehåll 2019.

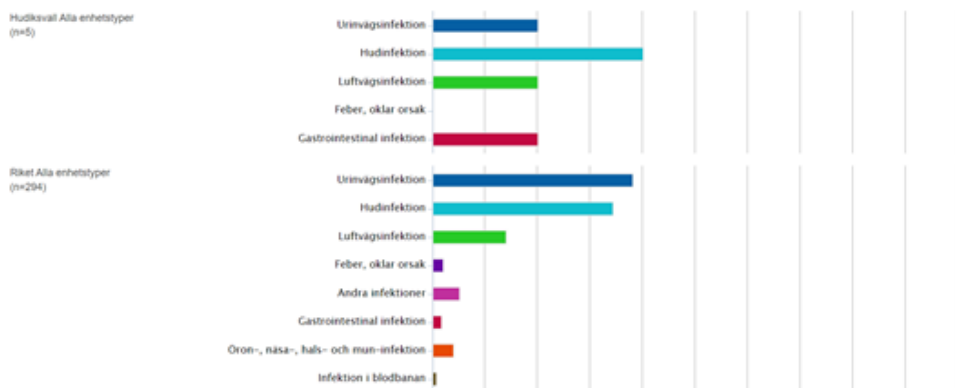
Målet är att inventera förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende i Sverige samt att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg.

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

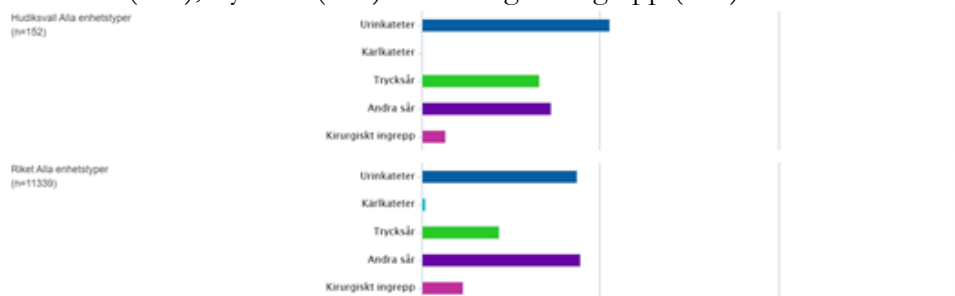
	Hudkivall Alla enhetstyper	Riket Alla enhetstyper
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	152	11339
Antal vårdtagare med korttidsvård	5	232
Antal kvinnor	93	7456
Antal män	59	3883
Antal >80 år	95	8019
Antal >85 år	50	5690
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	1	167
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	0%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	1	178
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	3	315
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	3	252
- Antal vårdtagare med profylax	0	67
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	2%	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	5	361

Under vecka 46–47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 7 av 18 enheter: Fredens kulle Rubinen, Fredens kulle Pärlan, Tryggebo, Lyckbacken, Edsbacka, Ingsta och Forsgården.

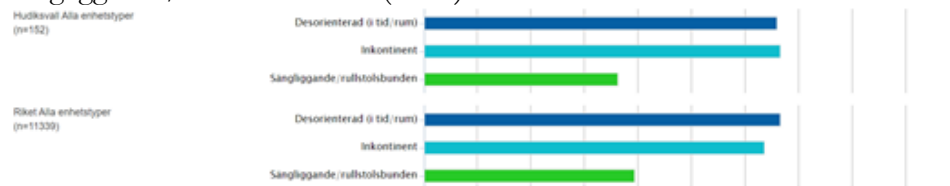
Andelen infektioner är lågt i kommunen. Fem stycken (2 %) hade en pågående antibiotikakur på grund av hudinfektion, urinvägsinfektion, luftvägsinfektion eller gastrointestinal infektion.



De vanligaste riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är urinkateter (10 %), andra sår (7 %), trycksår (6 %) och kirurgiskt ingrepp (1 %).



Vårdtyngdsindikatorer är inkontinent (66 %), desorienterad i tid/rum (65 %) och sängliggande/rullstolsbunden (36 %).



#### Förbättringsarbete PPM-HALT

- Samtliga enheter ska genomföra mätningen 2021
- Verksamheten behöver uppmärksamma riskfaktorer och vårdtyngdsindikatorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och onödig antibiotikaanvändning

#### 5.2.16 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. Ingen sådan person har varit utsedd i förvaltningen. Den som utses ska minst en gång om året sammanställa information om arbetet till vårdgivaren. Förvaltningsövergripande har inget strukturerat arbete gjorts gällande informationssäkerhet. Ingen årlig sammanställning har gjorts 2020. Från 2021 kommer ansvaret att ligga på GDPR-ansvarig i förvaltningen.

Avvikelse eller risk för avvikelser rapporteras i avvikelssystemet, dessutom görs en felanmälan till berörd enhet via E-tjänst eller mail. Under året har sju avvikelser rörande IT och teknik (datorer, telefoni, IT-system) inkommit och hanterats av enhetschef på berörd enhet.

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.

Problemen kring till exempel faxar och annan osäker och ineffektiv dokumenthantering har lyfts ett antal gånger under 2020 och beslut har fattats av kommundirektör att man ska utgå ifrån digital dokumenthantering i så lång utsträckning som möjligt och att det till exempel är säkert att skicka e-postmeddelanden med känslig information och personuppgifter OM verksamheten har en bra rutin för hur det ska hanteras. Utifrån det har flera arbeten påbörjats för att förändra arbetsprocesser för att öka de digitala flödena istället för de analoga. Vissa processer är startade medan flera stycken jobbas det vidare med under 2021 och framåt.

Vid varje övergång till digitala processer behöver riskanalyser genomföras för att utreda vilka risker som finns kring informationssäkerheten samt hur och vad som eventuellt behöver hanteras innan processerna förändras. Här ser man att många

processer kräver ganska omfattande förändringar i arbetssätt och rutiner trots att själva tekniken är säker.

En ny rutin för loggkontroller i verksamhetssystem har tagits fram och genomförs från december 2020.

IT-teamet jobbar med ett förändrat inloggningssätt och ökad säkerhet kring datorer och vissa verksamhetssystem. Under utvärdering kvartal 1 2021 för vidare beslut och införande kvartal 3 2021.

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

### 5.2.17 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 930 personer.

Kommunen levererar också uppgifter om patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal, KVÅ samt uppgift om vilket datum som åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden. Rapportering har genomförts varje månad men Socialstyrelsen lämnar inte ut resultat från hälsodataregistret än.

Utveckling av standardiserade vårdprocesser i hälsoärende har fortsatt under 2020 för att underlätta dokumentationen av vårdprocesser i verksamheten.

Utveckling av riskbedömningsmallar i journalssystemet har påbörjats för att stödja legitimerad personal och SoL-personal i arbetet med riskbedömningar.

Arbetet med systemets funktioner och mallar stöds av dokumentationsgruppen för legitimerad personal.

Den nya versionen av Treserva innebär merarbete för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal då alla delar inte fungerar optimalt.

#### 5.2.18 Strukturerad journalgranskning

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

Dokumentationsgruppen har granskat att patientjournalen uppfyller föreskriftens krav.

11 av 12 arbetsterapeuter genomförde kollegial journalgranskning i november tillsammans med systemförvaltare, EC för rehabenheten och MAR. Syftet med kollegial journalgranskning är att uppnå en likvärdig dokumentation och identifiera förbättringsområden. Planen var att fysioterapeuter och sjuksköterskor också skulle ha kollegial journalgranskning men denna fick ställas in på grund av coronapandemin.

#### 5.2.19 Strukturerade loggkontroller

Ny rutin Loggkontroller verksamhetssystem började användas från och med december 2020. 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. Enhetschef får ett meddelande och granskar enligt rutin. Varje månad slumpas 30 stycken anställda. Två har granskats, ingen legitimerad personal.

Granskningsprotokoll ska sparas av verksamhetschef/MAS/MAR enligt gällande dokumenthanteringsplan. Av protokollet ska framgå om någon obehörig hantering har skett. Resultatet redovisas till nämnd tertialvis.

#### 5.2.20 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.

#### 5.2.21 Läkemedelshantering

Maj 2020 lämnades protokoll för egenkontroll av läkemedelshantering ut av MAS.

16 av 24 enheter har skickat tillbaka protokollet. Svar saknas från: Natt, Tunbacka, HSV Delsbo/Bjuråker/Svågadalen/Norrbo/Näsviken, Rosenborg, HSV Iggesund/Njutånger/Enånger, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

19 av 24 enheter har en aktuell Lokal arbetsordning. Svar saknas från: Trygg hemgång, Helenedal, Frejagården/Vesslabacken, Rosenborg och HSV Iggesund/Njutånger/Enånger.

Under hösten planerade MAS tillsammans med leg. farmaceut från Region Gävleborg besöka enheter vid fyra tillfällen. Dessa besök ställdes in på grund av coronapandemin.

Enhetschef ansvarar för att de av MAS upprättade rutinerna följs.

#### Förbättringsarbete Läkemedelshantering

- Lokal arbetsordning läkemedelshantering  
19 av 24 enheter har en aktuell lokal arbetsordning.
  - o Samtliga enheter ska ha en arbetsordning undertecknad av ansvarig sjuksköterska samt enhetschef på enheten.
  - o Arbetsordningen ska vara känd för alla anställda på enheten.
  - o Det är anmärkningsvärt att inte alla enheter har, då sjuksköterska behöver den vid delegering.
  - o Kopia skickas till MAS vid förändring.
- Signaturförtydligandelista i Delegeringspärm
  - o Inte alla enheter har en aktuell signaturlista.
  - o Lista med signaturförtydligande ska finnas i Delegeringspärmen och fyllas i vid delegering.
  - o Det ska även finnas en signaturförtydligande på enheten, i medicinskåp eller pärm.
- Temperatur kylskåp/läkemedelsrum
  - o Följsamheten är fortfarande låg. Få enheter gör temperaturkontroller enligt rutin.
  - o Hållbarheten för läkemedel försämras om temperaturen i läkemedelsrum/läkemedelsskåp överstiger +25 grader. Detta måste åtgärdas av enhetschef.
- Delegering
  - o Beslut av MAS att alla enheter ska ha en delegeringspärm med av MAS fastställt innehåll, aktuella dokument finns i S:/HSL.Gemensam-mappen
  - o EC ansvarar för att alla enheter har en aktuell pärm och använder den vid delegering av omvårdnadspersonal.
- Narkotikakontroll
  - o Oklart på några ställen hur ofta kontroll ska genomföras samt hur kontrollen genomförs.
    - EC ansvarar för att det finns en pärm/mapp med kontrollista "Narkotika i läkemedelsförråd".
    - Kontroll ska ske varje månad.
    - Kontrollant ska ha tillgång till följesedlar på rekvirerade läkemedel.

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.

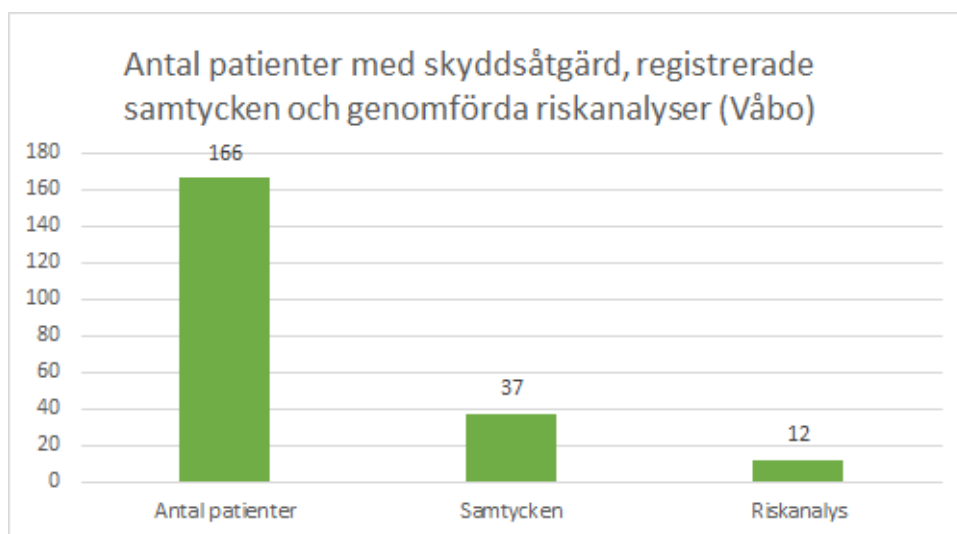
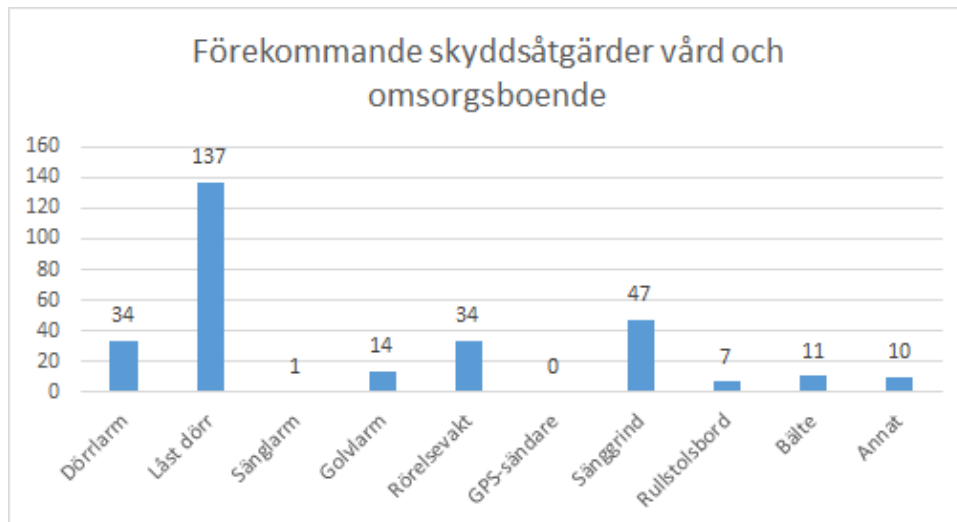
### 5.2.22 Skyddsåtgärder

Ny egenkontroll för skyddsåtgärder infördes 2020. Planen var att den skulle genomföras av enhetschefer för vård och omsorgsboenden (VÅBO) samt gruppboendestäder inom funktionsnedsättning (FN) under vecka 12 och vecka 38 men på grund av coronapandemin genomfördes ingen kontroll vecka 12. Egenkontrollen vecka 38 blev framflyttad till vecka 40 för funktionsnedsättning.

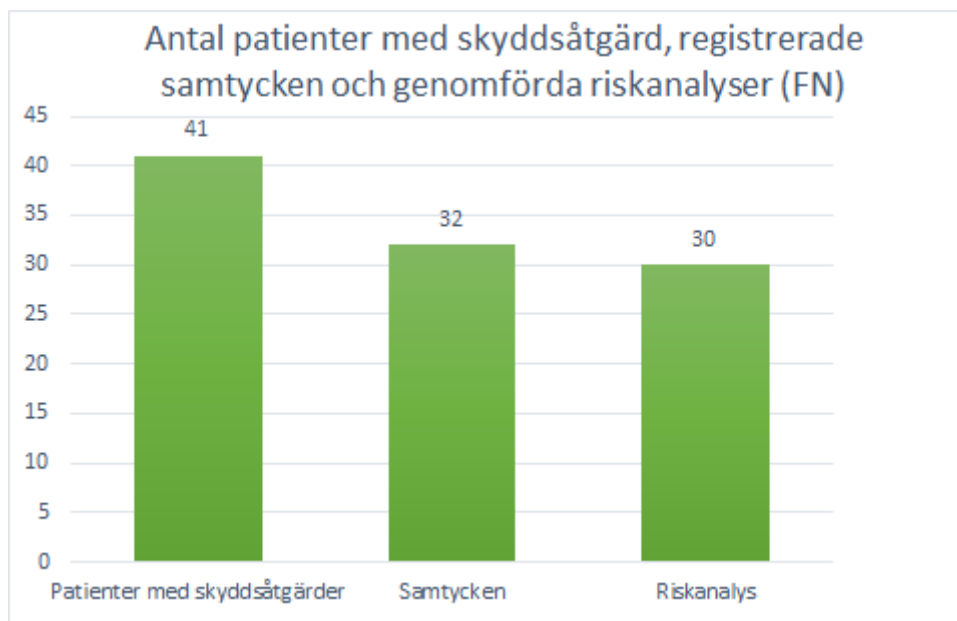
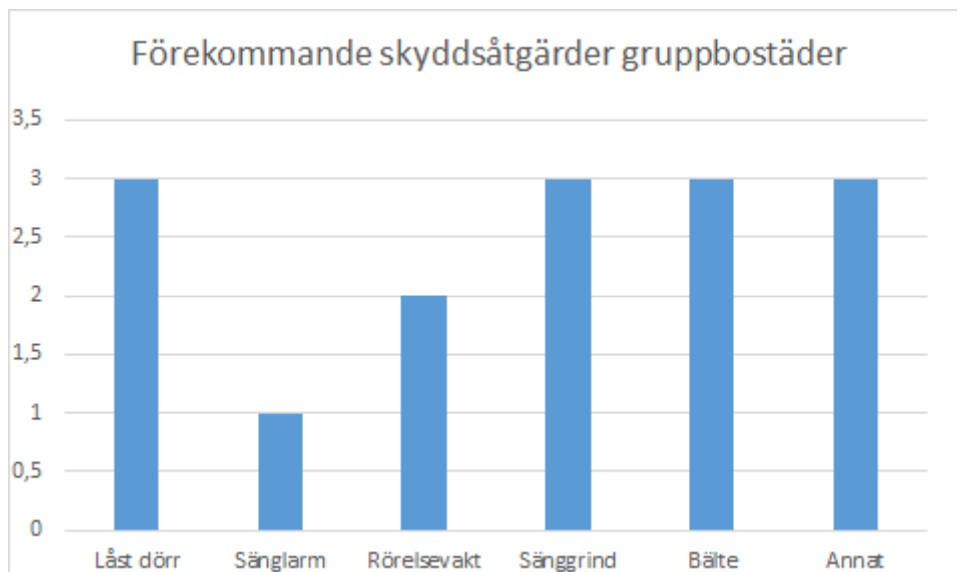
46 %, 6 av 13 vård och omsorgsboenden - Edsbacka, Forsagården, Håsta, Lyckbacken, Tryggebo och Tunbacka genomförde ålagd egenkontroll vecka 38.

50 %, 8 av 16 gruppboendestäder - Kolmo, Granebo, Byvägen, Håstaborg, Kristineberg, Rödebo, Iggebo, Lastagegatan genomförde ålagd egenkontroll vecka 40.

Svar uteblev från övriga. Sammanställning baseras på de boenden som deltagit i egenkontrollen.







#### Analys Skyddsåtgärder

Totalt har 207 patienter skyddsåtgärder. Av dessa finns samtycke hos 22,3% av patienter på vård och omsorgsboende samt 78,0% av patienter på gruppbostad. Vidare har man genomfört riskanalys för 7,2% av patienter på vård och omsorgsboende respektive 73,2% av patienter på gruppbostad.

#### Förbättringsarbete Skyddsåtgärder

- Verksamheterna, framförallt vård och omsorgsboenden, behöver förbättra systematiskt arbete kring skyddsåtgärder för att de ska undvikas så långt det är möjligt. Rutin *Skyddsåtgärder* finns som stöd i arbetet men behöver fortsatt implementering i verksamheterna.

### 5.2.23 Förskrivarutbildning - hjälpmedel

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

### 5.2.24 Uppföljning av lyftselar

Under 2020 har man följt upp lyftsele hos 57 av 99 personer med lyft, 57,6%. Förra året var resultatet 86,1 %. Data saknas från ett vård och omsorgsboende.

#### Analys Lyftselar

Årets resultat är betydligt lägre än förra året. Trolig anledning till detta är att arbetsterapeuter undvikit att göra vissa icke akuta besök under coronapandemin. Flera patienter har tackat nej till besök av arbetsterapeut av rädsla för smitta.

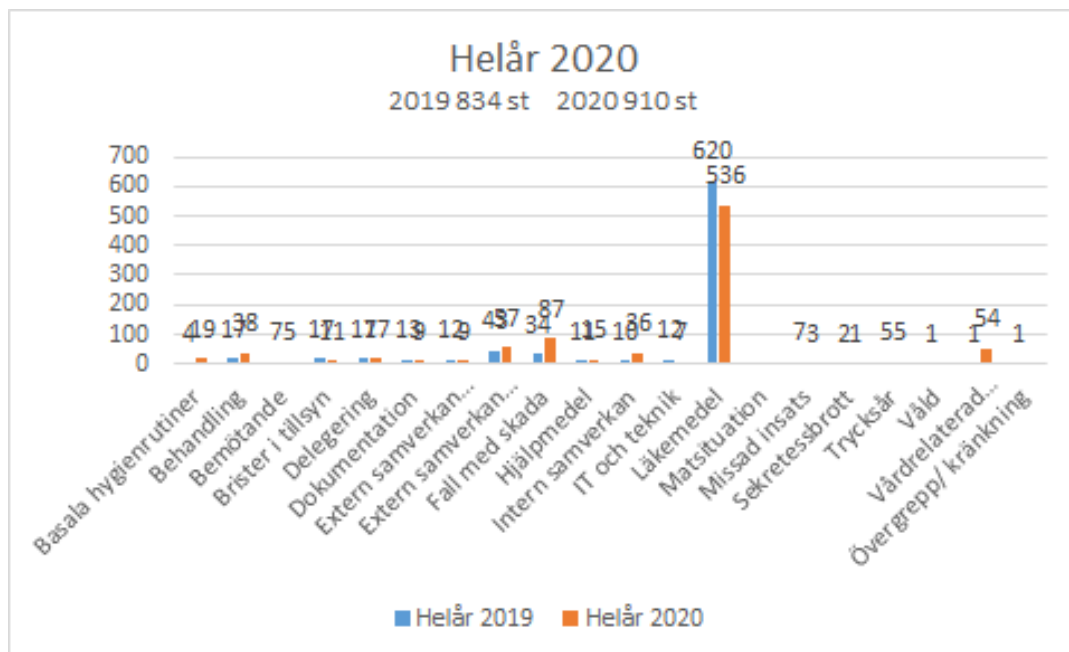
#### Förbättringsarbete Lyftselar

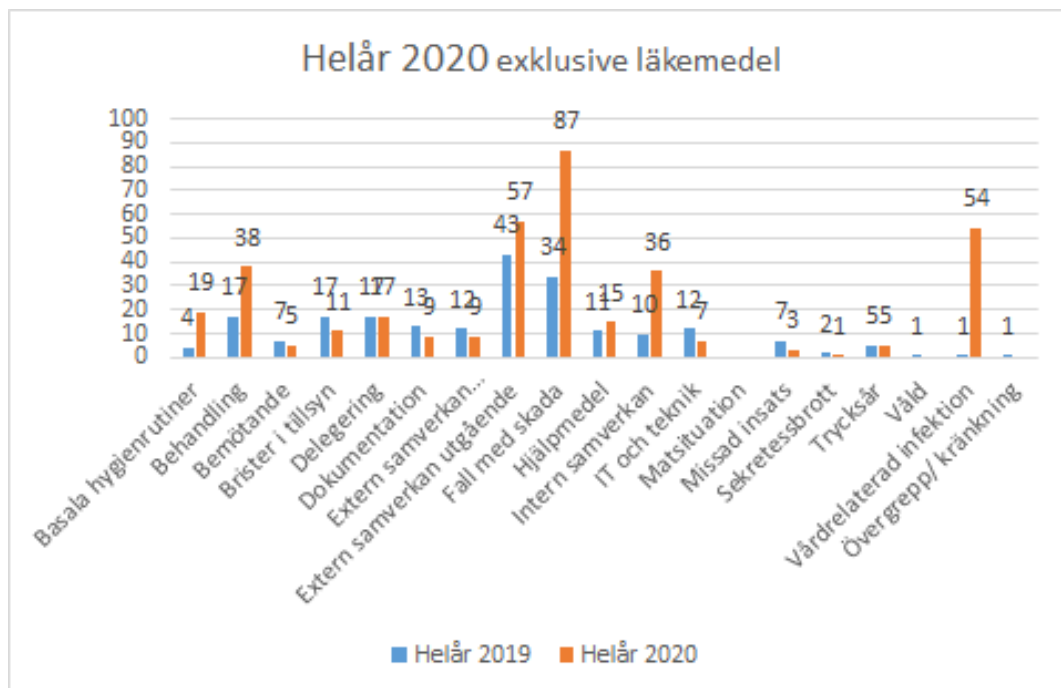
- Periodisk inspektion av lyftsele ska utföras var sjätte månad. Detta är något man behöver få till en rutin kring.

### 5.2.25 Förflyttningsutbildning

Rehabenheten genomförde förflyttningsutbildning för semestervikarier och ny omvårdnadspersonal som tillsattes under coronapandemin.

## 5.3 Avvikelser





### 5.3.1 Analys avvikelser HSL

Antalet avvikelser helår 2019 – 834 st.

Antalet avvikelser helår 2020 – 910 st.

Antalet avvikelser har ökat med 76 stycken jämfört med 2019. De vanligaste avvikelserna är Läkemedel, Fall med skada och Extern samverkan utgående.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat från 620 till 536. Åtgärder genomförs kontinuerligt och nu ses en minskning av antalet läkemedelsavvikelser.

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

Fall med skada har ökat från 34 till 87.

- Fallförebyggande åtgärder är viktigt men kan inte helt utesluta fallskador
- Fortsatt arbete med fallprevention i teamet samt registrering av riskfaktorer och åtgärder i kvalitetsregistret Senior alert
- Från 2020 har fall utan skada registreras som en SoL avvikelse

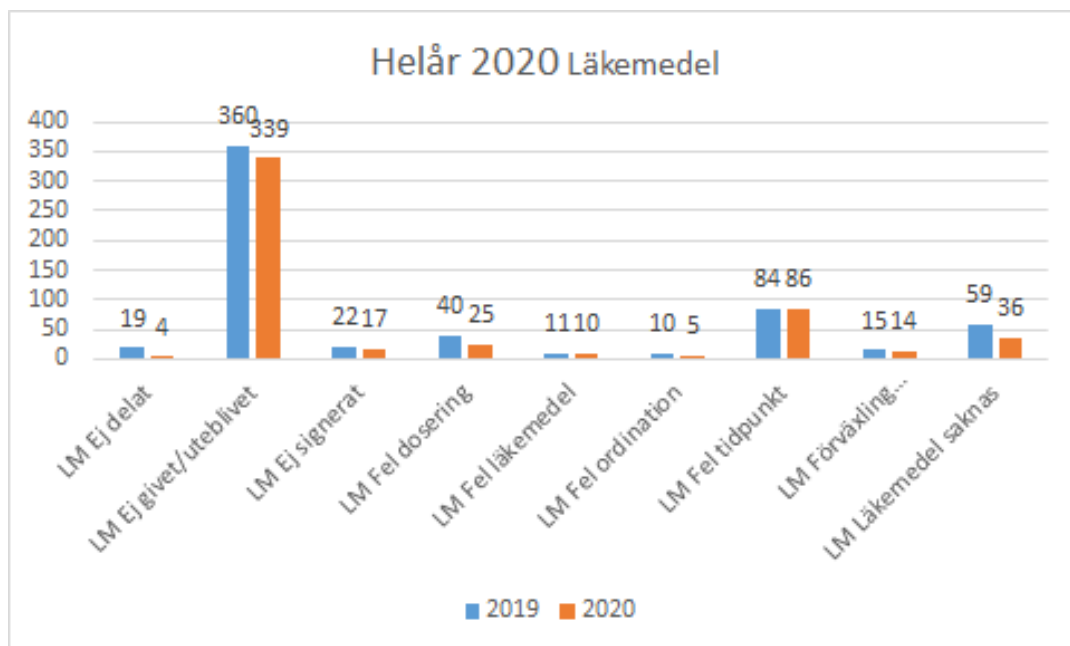
Extern samverkan utgående har ökat från 43 till 57.

- Regelbundna samverkansträffar mellan region och kommun

- 9 avvikelser har inkommit från region Gävleborg
- Externa avvikelser rapporteras i nämnd varje månad

#### Förbättringsarbete avvikelser HSL

- Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt
- Ökat teamwork mellan enhetschef och legitimerad personal. Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser av enhetschefer tillsammans med legitimerad personal och omvårdnadspersonal behöver förbättras
- Uppföljning av delegeringsutbildningen
- Fortsatt samverkan på olika nivåer mellan primärvård, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård
- Fallpreventiva åtgärder och uppföljning i kvalitetsregister efter riskbedömning i Senior alert
- Enhetschefer med en hög andel avvikelser behöver göra en riskanalys och se över enhetens rutiner för att minska antalet fel



#### Analys Läkemedelsavvikelser

59 % av avvikelserna rör läkemedel, en minskning jämfört med 2019 då andelen var 74 %. 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.

86 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 2020.

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

	2018	2019	2020
Synpunkter, klagomål och beröm via webben/skriftligt formulär/mail	0	1	7
Klagomål via IVO	1	3	3
Tillsyn från IVO gällande HSL	0	0	0
Klagomål via Patientnämnden	4	4	3

Sju synpunkter/klagomål har inkommit rörande information/kommunikation, personalresurser/kontinuitet, utförande av insats och synpunkter.

Tre klagomål från IVO avseende sjuksköterskas bedömning, besöksförbud samt vård och behandling.

IVO har under året inte gjort någon tillsyn i kommunen där HSL varit delaktig.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2020 finns tre ärenden till kommunen gällande sjuksköterskas bedömning, vård och behandling och behandling av diabetes.

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

#### 5.5 Händelser och vårdskador

	2018	2019	2020
Händelseanalys MAS	9	5	2
Händelseanalys MAR	-	-	0

Under 2020 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört två händelseanalyser. Dessa rörde självmordsförsök och bedömning av hälsotillstånd.

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

	2018	2019	2020
Lex Maria MAS	1	0	2
Lex Maria MAR	-	-	0

Två händelser har under årets bedömts som allvarlig vårdskada efter utredning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i december. En händelse rörande utbrott av Covid-19 på Månsbackens vård och omsorgsboende och en händelse rörande frakturer på Storgatans gruppboende. Ingen återkoppling från IVO.

## 5.6 Riskanalys

Förvaltningsövergripande har riskanalys genomförts relaterat till coronapandemin som har följts upp regelbundet under året.

I samverkan med Region Gävleborg har en gemensam handlingsplan/eskaleringsplan för pandemiutbrott på VÅBO tagits fram.

Rehabenheten har genomfört en riskanalys inför planerad organisationsförändring i nya team samt riskanalyser relaterade till coronapandemin rörande personalbrist och smittspridning. Forsa rehab har genomfört en riskanalys utifrån fysisk miljö i lokalerna.

Ingen uppgift har kommit från enhetschefer för sjuksköterskorna rörande om riskanalys gjorts i verksamheten under året. Förutom arbetsmiljörisker och ska även patientsäkerhetsrisker tas i beaktande.

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

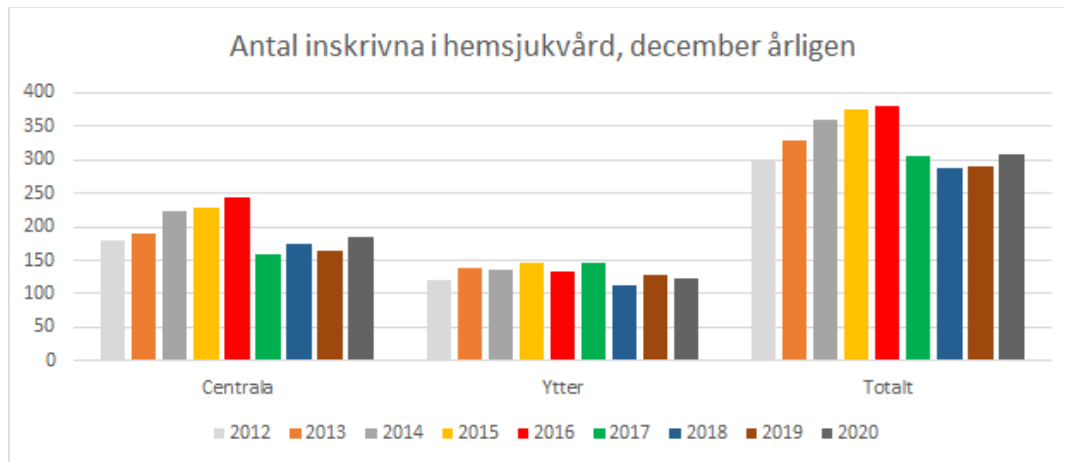
Riskanalys görs på alla avvikelser i Avvikelsemodulen av enhetschefer vid analys.

## 5.7 Hemsjukvård i ordinärt boende

Antalet inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende har under året varierat mellan 273 och 307 st. när vi månadsvis rapporterat till region Gävleborg.

Jämför man mätningar i december årligen ligger antalet inskrivna i den kommunala hemsjukvården i nivå med 2017 st. med en ökning i centrala området.

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 2021.

### 6.1 Nämndens mål och indikatorer 2021

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 80 %*

### 6.2 Internkontroll 2021

- Hantering av personuppgifter i verksamhetssystem säkras genom loggkontroller - Genomförs loggkontroller i enlighet med rutin?
- Skyddsåtgärder genomförs korrekt - Genomförs skyddsåtgärder i enlighet med rutin?
- Avvikelse slutförs - Slutförs avvikelser inom två månader? Dokumenteras åtgärder?
- Medicinhantering inom vård och omsorg - Hur stor andel har en aktuell medicindelegering?

### 6.3 Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2021

- 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 2021

- Säkrad kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor

### 6.5 Egna mål och strategier 2021

#### 6.5.1 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 har fått en bedömning av arbetsterapeut/fysioterapeut - 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 webbutbildning om hjälpmedel – mål 100 %

### 6.5.2 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	
Utse och utbilda omvårdnadspersonal till rehabombud/utbildare i förflyttningsteknik. Ta fram en uppdragsbeskrivning.	VC/EC	Pågående arbete
Öka kunskapen kring hjälpmedel och risker vid hantering av hjälpmedel.	MAR	
Journalgranskning ska utföras enligt rutin.	MAS/MAR	Pågående arbete
Delegeringsutbildning ska genomföras på verksamhets- och enhetsnivå enligt rutin.	EC SSK	Pågående arbete
Avvikelser rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelser, 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	Pågående arbete
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	

#### *Ansvar*

- Enhetschef ansvarar för en hög följsamhet till föreskrifter, riktlinjer och rutiner.
- Enhetschef med hög andel avvikelser behöver göra en riskanalys och se över enhetens rutiner för att öka patientsäkerheten och förhindra att det händer igen.
- Introduktionsplan för legitimerad 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.
- Gemensam hjälpmedelorganisation mellan region Gävleborg och länets kommuner med syfte att få en process där individens behov tillgodoses hos alla vårdgivare.

#### *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.
- Demenssjukköterska med avsatt tid för att upprätthålla resultatet av bedömningar för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
- Demensteam för bland annat implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom.

### 6.5.3 Prioriterade utbildningar 2021

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 stärka patientsäkerhetsarbetet under pågående pandemi.
- 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 2021-02-26

Karin Wedin Papaztcheva  
Medicinskt ansvarig  
sjuusköterska (MAS)

Jonna Margulies  
Medicinskt ansvarig  
för rehabilitering (MAR)