



Hudiksvalls  
kommun

Dnr SOM-2025-8-779

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Hudiksvalls kommun 2024



2025-02-04

Karin Wedin Papaztcheva  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Linnea Bastrup  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)



# SAMMANFATTNING

Från 2022 följer Patientsäkerhetsberättelsen den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Arbetet med målen för patientsäkerhetsarbetet har genomförts enligt plan, rutiner och riktlinjer har uppdaterats och nya har tagits fram under året.

Planering inför öppnandet av Skyttegillet har pågått under året i olika arbetsgrupper.

Under 2023 togs ett inriktningsbeslut för det fallpreventiva arbetet av verksamhetschefer SOM. Fokus skulle flyttas från registrering av fall till att arbeta mer med fallpreventiva åtgärder. Registrering av avvikelser "Fall utan skada" togs därför bort från 1/9. Under 2024 ligger antalet avvikelser Fall med skada fortfarande högt. Ingen åtgärdsplan finns för hur det fallpreventiva arbetet ska se ut i förvaltningen.

Under 2023 påbörjades ett arbete för att ta fram utbildnings- och informationsmaterial i rehabiliterande förhållningssätt för omvårdnadspersonal i hela förvaltningen. Arbetssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet och att klara framtidens utmaningar, det främjar aktivitet och rörelse och att individen bibehåller sin fysiska hälsa längre. Under 2024 har alla hemtjänstgrupper fått information av arbetsterapeuter och fysioterapeuter på sin APT, det har också skapats en informationssida på HINT för medarbetare och för kommunens invånare på hemsidan. Under 2025 kommer personal på särskilt boende, korttids och Trygga Hjälpen få information. Det är viktigt att hitta former under året för att rehabiliterande förhållningssätt ska bli ett etablerat arbetssätt bland omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet.

Under 2024 påbörjades en översyn av rutinen för skyddsåtgärder och den systematiska uppföljningen (egenkontroll) med syfte att förbättra och kvalitetssäkra det systematiska arbetet, vilket fortsätter under 2025.

För att minska antal läkemedelsavvikelser har medicinskåp bytts ut på SÄBO till medicinskåp med digitala lås där bara delegerad personal har tillgång, vid årsskiftet saknas skåp på Fredens kulle, Håsta äldreboende och Lyckbacken.

I slutet av året har hemtjänsten påbörjat digital signering vid administrering av läkemedel, SÄBO och funktionsnedsättning beräknas starta i början av 2025.

Under 2025 behöver fokus ligga på teamsamverkan, Nära vård och välfärdsteknik.

# Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	2
1. INLEDNING.....	7
2. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	8
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	8
2.1.1 Övergripande mål och strategier.....	8
Nämndens mål och indikatorer 2024.....	8
Internkontroll 2024.....	9
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2024.....	9
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2024.....	9
Egna mål och strategier 2024.....	9
Egna mål 2024.....	9
Nya författningar inom hälso- och sjukvård.....	12
2.1.2 Organisation och ansvar.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	14
2.2 En god säkerhetskultur.....	15
Egenkontroll.....	16
Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.....	17
Avvikelser.....	17
Delegering.....	17
Dokumentation.....	17
Fallprevention.....	18
Hjälpmedel.....	18
Informationsöverföring.....	18
Kompetensförsörjning.....	19
Ledningssystem.....	19
Läkemedel.....	19
Nationella läkemedelslistan (NLL)/Förskrivningskollen.....	19
Nationell patientöversikt (NPÖ).....	19
Riskbedömningar/Kvalitetsregister.....	20

Skyddsåtgärder.....	20
Rehabiliterande förhållningssätt.....	20
Teamsamverkan .....	20
Riskanalys.....	21
2.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	21
2.4 Patienten som medskapare .....	21
3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	23
Nämndens mål och indikatorer 2024.....	23
Internkontroll .....	24
Egna mål och strategier 2024.....	25
Egna mål övrigt 2024 .....	27
Egna strategier 2024.....	28
Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering.....	29
Skyddsåtgärder.....	30
Nybesök .....	33
Förskrivarutbildning - hjälpmedel.....	34
Periodisk inspektion av lyftselar .....	34
Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt handhavande av förflyttningshjälpmedel .....	34
Basala hygienrutiner och klädregler.....	35
Vårdhygienisk egenkontroll.....	38
Hygienrond.....	42
Självskattning.....	42
PPM-HALT.....	43
Neuroleptika – obra läkemedel.....	45
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	46
Händelser och vårdskador.....	46
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	47
Läkemedelsgenomgångar.....	47
Kvalitetsregister.....	47
Senior alert .....	48
Palliativregistret.....	51

BPSD registret.....	52
Svedem (Svenska demensregistret) .....	52
3.3 Säker vård här och nu.....	53
3.3.1 Riskanalys.....	53
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	54
Lex Maria .....	54
Strukturerad journalgranskning.....	55
Kollegial journalgranskning.....	55
3.4.1 Avvikelser.....	56
3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm.....	61
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	61
Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	62
Informationssäkerhet .....	63
Loggkontroller (gäller hela förvaltningen).....	64
Kontinuitetsplan .....	64
Hemsjukvård i ordinärt boende.....	65
4. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	66
Nämndens mål och indikatorer 2025.....	66
Internkontroll 2025.....	66
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2025 .....	67
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2025.....	67
Egna mål och strategier 2025 .....	67
Egna mål 2025.....	67
Egna strategier 2025 .....	69
Prioriterade utbildningar 2025 .....	71
Framtida utmaningar .....	71



# 1. INLEDNING

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

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

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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



## 2. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



#### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

En samlad analys redovisas under Nämndens mål och indikatorer 2024, se sid.23

#### Nämndens mål och indikatorer 2024

##### NÄMNDENS VERKSAMHETSMÅL

Öka förebyggande och tidiga insatser i alla målgrupper

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

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

##### KOMMUNFULLMÄKTIGES VERKSAMHETSMÅL

Ökad kvalitet i våra verksamheter

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

##### NÄMNDENS VERKSAMHETSMÅL

En attraktiv arbetsgivare

**Indikator:** *Minst 70 % av våra medarbetare ska uppleva att vi är en attraktiv arbetsgivare*

## Internkontroll 2024

Rutin/ process/ system	Kontrollmoment	Metod	Risk- o väsentlighets bedömning	Frekvens
Medicinhand- ling inom vård och omsorg	Processen för delegering	Stickprov Enkät	4*4 Riskvärde: 16	1 ggn

## Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2024

Inga uppdrag från kommunfullmäktige till HSL under 2023.

## Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2024

- Strategi för digitalisering inom förvaltningen
- Ta fram en handlingsplan för att förbättra patientsäkerheten utifrån upplevd språkförbistringsproblematik.

## Egna mål och strategier 2024

En samlad analys redovisas under Egna mål och strategier 2024, se sid.25

## Egna mål 2024

Utifrån nämndens och kommunfullmäktiges mål: **Öka förebyggande och tidiga insatser i alla målgrupper, Ökad kvalitet i våra verksamheter samt En attraktiv arbetsgivare.**

### Fallprevention

***Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör fall med skada, av totala antalet HSL avvikelser - mål 5 %*

### Läkemedel

***Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 25 %*

***Indikator:** Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - mål 100 %*

***Indikator:** Andel patienter i HSV som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i Treserva – mål 75 %*

***Indikator:** Andel patienter i på SÄBO som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i Treserva – mål 75 %*

### Kvalitetsregister

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

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

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har fått ett dokumenterat brytpunktsamtal - mål 98 %

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

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

## Hygien

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

**Indikator:** Andel enheter inom äldreomsorg och funktionsnedsättning som genomfört Vårdhygienisk egenkontroll - mål 100 %

## Dokumentation

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

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

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

## Förskrivningsrätt

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

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

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

## Skyddsåtgärder

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

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

## Rehabilitering

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

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

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

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

## Hjälpmedel

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

## Nya författningar inom hälso- och sjukvård

- Lag (2022:1250) om egenvård
- Lag (2022 :913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

### 2.1.2 Organisation och ansvar

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

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

Vårdgivaren har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att skriva patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars årligen samt att utreda och anmäla Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för uppföljning och egenkontroll samt att riktlinjer och rutiner för god patientsäkerhet och kvalitet finns till exempel rutiner för läkarkontakt, avvikelser, lex Maria, dokumentation, läkemedelshantering, medicintekniska produkter och delegering.

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

Verksamhetschef ansvarar för att förvaltningsövergripande analyser genomförs.

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

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

MAS/MAR haft regelbundna möten med primärvårdens chefsläkare, länets smittskydd och Vårdhygien.

Verksamhetschefer från primärvården, vårdenhetschefer från slutenvården samt kommunens verksamhetschef HSL, MAS, MAR träffas varje termin och samverkar kring gemensamma frågor. MAS/MAR kommer inte vara sammankallande från 2025.

Vårdkoordinatorer (primärvård, kommun) träffas och samverkar kring gemensamma frågor, främst kring aktualisering för hemsjukvård.

Länets kommuner och Region Gävleborg har gemensam hjälpmedelssamordnare och länets kommuner har ett avtal gällande hjälpmedel med Hjälpmedel SAM. Gemensam hjälpmedelsgrupp i länet, där MAR ingår, träffas varje kvartal för gemensam översyn av hjälpmedelsrutin samt forskrivningskriterier.

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

Verksamhetschefer HSL i länet träffas regelbundet och samverkar kring Nära vård.

Enhetschefer HSL i Hälsingland träffas regelbundet.

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

Social- och omsorgsförvaltningen tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilt boenden och i hemsjukvård.

Avtal finns om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg.

Nära vård - länets 10 kommuner och Region Gävleborg har tagit fram en gemensam målbild för år 2030 som knyter an till Agenda 2030:s målområden om hälsa respektive jämlikhet. Det finns en nationell överenskommelse mellan regeringen och SKR. En gemensam samordnare för länets kommuner finns samt en lokal samordnare i Hudiksvalls kommun.

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

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

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

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

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

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

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

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

MAS är länets representant i LAG Primärvård.

När behov uppstår bistår regionens kliniska träningscentrum KTC med utbildning.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

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



[Informationssäkerhet - Hudiksvalls kommuns intranät](#)

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

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

En samlad analys redovisas under rubriken Informationssäkerhet, se sid.63

## 2.2 En god säkerhetskultur

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

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

Under 2024 har arbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:



## Egenkontroll

Egenkontroller genomförs av MAS/MAR.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Synpunkter, klagomål och beröm	3 gånger per år	Synpunktshanteringssystemet IVO Patientnämnden
Kvalitetsregister	3 gånger per år	Senior alert-registret Svenska palliativregistret Svedem
Hygienronder	Löpande	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-BHK v.11–12 PPM-HALT v.46–47 Vårdhygienisk egenkontroll Självskattning
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll Extern kvalitetsgranskning Neuroleptika – obra läkemedel
Dokumentation	1 gång per år Löpande under året	Kollegial journalgranskning Strukturerad loggkontroll
Förskrivarutbildning - hjälpmedel	1 gång per år	Enkät
Uppföljning av lyftselar	1 gång per år	Enkät
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Enkät
Nybesök av arbetsterapeut och fysioterapeut på SÄBO och HSV	Löpande under året	Enkät

Resultat presenteras under Agera för säker vård, se sid.23

## **Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete**

Under 2024 fortsatte arbetet med SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. Målet är att stärka kommunens patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.

Prioriteringar av förbättringsområden från handlingsplanen som togs fram i nulägesanalysen 2022/2023 finns nu med i verksamhetsplanen för HSL.

## **Avvikelser**

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

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

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

## **Delegering**

En teoretisk basutbildning genomförs för nyanställd omvårdnadspersonal. Webutbildning i läkemedelshantering genomförs av samtliga innan delegering. Sjuksköterska på enheten har därefter en praktisk utbildning och går igenom lokala rutiner samt registrerar delegering i Treserva.

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

## **Dokumentation**

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

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

Kommunen levererar uppgifter till Socialstyrelsen, registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Antalet har varit i snitt runt 990 personer per månad.

Kommunen levererar också uppgifter om patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal, KVÅ samt uppgift om vilket datum som åtgärden utfördes. Rapportering av antal personer med vårdåtgärder har genomförts varje månad till Socialstyrelsen och legat på i snitt 795 personer med 3746 vårdåtgärder. En ökning sedan föregående år.

## Fallprevention

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig. Fallolyckor orsakar personligt lidande och kostnader för välfärden, främst i kommunens äldreomsorg. Efter en fallolycka blir man ofta mindre självständig och livskvaliteten försämras. Det kan undvikas genom att arbeta med förebyggande med fallprevention. Tidiga förebyggande insatser utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter på rehabenheten. Alla patienter som flyttar in på särskilt boende, vistas på korttidsplats och Forsa Rehab samt blir inskriven i hemsjukvården får ett **nybesök** av där syftet är uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede, se Nybesök sid.33

Under 2024 har arbetsterapeuter och fysioterapeuter utbildat omvårdnadspersonal i hemtjänsten i **Rehabiliterande förhållningssätt**. Arbetssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet det främjar aktivitet och rörelse och att individen bibehåller sin fysiska hälsa längre.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar också i det teambaserade fallförebyggande arbete kring patienten enligt Fallprevention – fallregistrering, **rutin** samt riskbedömning i **Senior Alert**.

## Hjälpmedel

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

Kommunen har under 2024 haft två lokala arbetsgrupper som diskuterar hjälpmedelsfrågor, HSL och rehab/ÄO. I HSL gruppen har gemensamma frågor rehab/SSK diskuterats, I rehab/ÄO har gemensamma frågor mellan rehab och äldreomsorgen tagits upp.

Utbildningsplan kring förflyttningar och handhavande av lyft finns för all omvårdnadspersonal vid särskilt boenden samt hemtjänst.

## Informationsöverföring

Lifecare SPU/Lifecare SIP är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutna 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 konsumenter, vi producerar inte journalanteckningar från den kommunala patientjournalen.

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

## **Kompetensförsörjning**

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

## **Ledningssystem**

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

Nya lagar, föreskrifter, riktlinjer, rutiner går igenom vid MAS/MAR träffar med legitimerad personal samt vid regelbundna träffar med chefer inom äldreomsorgen.

## **Läkemedel**

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

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

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

Samtycke ska inhämtas vid inflytt på särskilt boende samt i samband med inskrivning i hemsjukvård.

## **Nationell patientöversikt (NPÖ)**

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

Samtycke ska inhämtas vid inflytt på särskilt boende samt i samband med inskrivning i hemsjukvård.

## **Riskbedömningar/Kvalitetsregister**

Senior alert och Svedem används för att strukturerat jobba med riskbedömning på individnivå.

Palliativregistret används för att följa upp vård i livets slut.

## **Skyddsåtgärder**

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

Riskbedömningsmallar finns i journalsystemet för att stödja legitimerad personal och SoL-personal i arbetet med riskbedömningar

Egenkontroll av de skyddsåtgärder som förekommer inom HSL, på särskilt boende inom äldreomsorg samt gruppboendestäder inom funktionsnedsättning genomförs två gånger per år av enhetschef.

## **Rehabiliterande förhållningssätt**

Det förebyggande arbetet är viktigt för att personer ska få stöd i att främja sin hälsa (en av målbilderna för God och Nära Vård) och för att bibehålla förmågor som muskelstyrka, balans, rörlighet, vilket kan öka/bibehålla livskvalitet och självkänsla, men också för att minska behovet av hemtjänst. Äldreomsorgen står för utmaningar då äldre befolkningen ökar och antalet personer i arbetsför ålder minskar. Hur kan vi tillsammans bidra till att fler äldre klarar sig självständigt längre?

Rehabiliterande förhållningssätt innebär att ge personen möjlighet att utföra att den klarar, att stödja personen i det den inte klarar själv och att samarbeta med personen i de sysslor den har svårt med.

All omvårdnadspersonal får under 2024 och 2025 information om rehabiliterande förhållningssätt av arbetsterapeuter och fysioterapeuter på rehabenheten.

Information finns för medarbetarna på HINT samt för kommunens invånare på hemsidan. Strategi behövs framöver för hur det ska bli ett etablerat arbetssätt hos personalen.

## **Teamsamverkan**

Enligt kommunens rutin *Omvårdnadsträff/Teamträff* ska enhetschef för särskilt boende och hemtjänst sammankalla teamet, bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut, minst två gånger per termin, i syfte att ta tillvara teamets kunskaper och ge förutsättningar för gemensamt synsätt och samordning av insatser för att tillgodose patientens behov och önskemål på bästa sätt.

## Risicanalys

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

Syftet med risicanalys 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.

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

En samlad analys redovisas under rubriken Säker vård här och nu – Risicanalys, se sid.53

## 2.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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

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

En plan ska finnas för SSK och rehab vilka utbildningar som ska genomföras vid anställning, årligen och/eller med en viss kontinuitet.

Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning. Prioriteringar för att upprätthålla en god kvalitet och för att säkerställa patientsäkerheten i Hudiksvalls kommun, se Prioriterade utbildningar 2025 sid.71

Ansvarsområden

Dokumentationsstödjare, systemförvaltare, hemsjukvårdscoordinator, såransvarig, hygienombud, palliativ vård, smärta, huvudhandledare för studenter, medicintekniska produkter, inkontinensansvarig.

## 2.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så



långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

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

Vårdplanering/Samordnad individuell planering (SIP) görs vid behov vid utskrivning från slutenvård, inskrivning i hemsjukvård i samarbete med primärvården samt vid behov.

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

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

### 3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

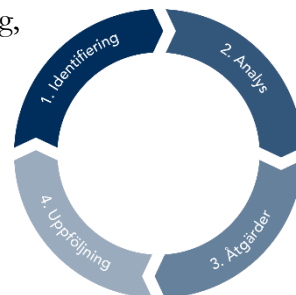
Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

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

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

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

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



#### Nämndens mål och indikatorer 2024

Mål: Öka förebyggande och tidiga insatser i alla målgrupper

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel personer <u>totalt</u> med HSV/SÅBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)	37 %	64 %	53 %	79 %	85 %
Andel personer med hemsjukvård som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)			33 %	64 %	85 %
Andel personer på särskilt boende som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)			67 %	95 %	90 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.48

Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler i särskilt boende för äldre (andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK basala hygienrutiner och klädregler)	78 %	70 %	70 %	74 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer - PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler), se sid.35

Mål: En attraktiv arbetsgivare

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Minst 70 % av våra medarbetare ska uppleva att vi är en attraktiv arbetsgivare	49 %		44 %	57 %	70 %

## Internkontroll

En internkontroll har genomförts under året - **Medicinhantering inom vård och omsorg.**

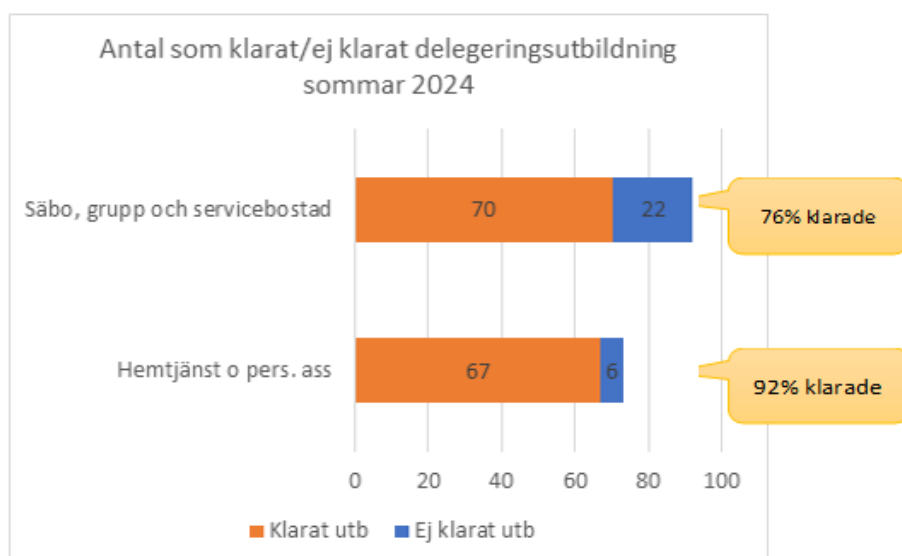
## Delegeringsutbildning

Kontrollmoment – Delegeringsutbildning

- Statistik – hur många klarar utbildningen efter 1–3 försök

**Resultat:**

- Förändrat upplägg från 2024:
  - Uppdaterad utbildning
  - Checklista med genomgång av praktiska moment innan utbildningen
  - Nytt, mer grundligt slut-test (från Apoteket)
  - Sommaren 2023 klarade ca 40 % testet.
  - Sommaren 2024 klarade totalt 83% testet.



Har Fragmin och insulininjektioner getts i enlighet med ordination?

Kontrollmoment - Fragmin o insulininjektioner

- Stickprov september. 13 sjuksköterskor särskilt boende, 31 patienter.

**Resultat:**

- 749 doser Insulin har getts totalt till de 31 patienterna.
- Sex injektioner Insulin (gäller 5 patienter) har ”ej givits”.
- 14 doser Fragmin har getts totalt. Ingen injektion med Fragmin har ”ej givits”.

**Åtgärder:**

- Analys - varför har det ej givits insulin?

## Egna mål och strategier 2024

Mål och strategier för kommande år se sid.67

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel genomförda riskanalyser innan insättande av skyddsåtgärd					
- SÄBO	11 %	11 %	63 %	62 %	100 %
- FN	i.u.	88 %	91 %	60 %	
Andel åtgärder där samtycke till skyddsåtgärd finns:					
- SÄBO	26 %	34 %	65 %	64 %	100 %
- FN	i.u.	98 %	97 %	90 %	

En samlad analys redovisas under rubriken Agera för säker vård – Skyddsåtgärder, se sid.30

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	92 %	97 %	98 %	100 %	100 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	87 %	77%	79 %	86 %	100 %
Andel personer inskrivna i HSV som fått bedömning av arbetsterapeut inom 30 dagar			32 %	43 %	50 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom 30 dagar			33 %	50 %	50 %

En samlad analys redovisas under rubriken Agera för säker vård – Nybesök, se sid.33

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar	97 %	93%	94%	90%	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Agera för säker vård – Periodisk inspektion av lyftselar, se sid.34

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	91 %	83 %	83 %	89 %	100 %
Andel registrerade risker för bläsdysfunktion i Senior alert som har en åtgärdsplan vid risk	0 %	92 %	81 %	100 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.48

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	27 %	26 %	49 %	51 %	90 %
Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan	25 %	33 %	44 %	42 %	100 %
Andel registrerade personer i palliativregistret som har fått ett dokumenterat brytpunktsamtal	70 %	78 %	77 %	72 %	98 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Palliativregistret, se sid.51

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel arbetsterapeuter som genomfört kollegial journalgranskning		100 %	Ingen granskning utfördes	100 %	100 %
Andel fysioterapeuter som genomfört kollegial journalgranskning		100 %	Ingen granskning utfördes	100 %	100 %
Andel enheter (sjuksköterskor) som genomfört kollegial journalgranskning			69 %	88 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Stärka analys, lärande och utveckling – Kollegial journalgranskning, se sid.55

Indikator	2021	2022	2023	2024	Mål 2024
Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser	61 %	52 %	62 %	67 %	50 % eller lägre
Andel HSL avvikelser som rör fall med skada, av totala antalet HSL avvikelser	10 %	13 %	12 %	10 %	5 % eller lägre

En samlad analys redovisas under rubriken Stärka analys, lärande och utveckling – Avvikelser, se sid.56

## Egna mål övrigt 2024

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

### Läkemedel

**Indikator:** Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - mål 100 %. **Resultat: 83 %** (på grund av sjukdom)

**Indikator:** Andel patienter i HSV som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i Treserva – mål 75 %. **Resultat: 27 %**

**Indikator:** Andel patienter i på SÄBO som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i Treserva – mål 75 %. **Resultat: 21 %**

### Hygien

**Indikator:** Andel enheter inom äldreomsorg och funktionsnedsättning som genomfört Vårdhygienisk egenkontroll - mål 100 %. **Resultat: 93 %**

### Förskrivningsrätt

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

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %. **Resultat: 29 %**

**Indikator:** Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivning av förbrukningsmaterial - mål 100 %. **Resultat: 46 %**

## Egna strategier 2024

### Åtgärd/aktivitet

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

## Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

I mitten av februari 2024 lämnade MAS ut protokoll för egenkontroll av läkemedelshantering till sjuksköterskorna via enhetschef HSL.

Under året har MAS tillsammans med leg. farmaceut från Region Gävleborg genomfört externa kvalitetsgranskningar enligt länsövergripande avtal vid samtliga enheter utom två som blev flyttade till 2025 pga. sjukdom. Fokus 2024 har varit narkotikahandlingen med stickprov på samtliga enheter samt delegeringsrutiner. Förbrukningsjournaler för narkotikaklassade läkemedel finns upprättade.

Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg samt andra dokument som rör läkemedelshantering är reviderad mars 2024. Enhetschef ansvarar för att de av MAS upprättade rutinerna följs samt att åtgärder efter granskningar åtgärdas.

### Förbättringsarbete Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

Åtgärder som ska genomföras är:

- Arbetsätt för att minska antalet läkemedelsavvikelser, främst ”Ej givet”
- Säker hantering av kasserade läkemedel
- Regelbundet byta kod till kodlås
- Narkotikakontroll månadsvis (ska signeras) av utsedd sjuksköterska, ny narkotikakontrollant ska utses av enhetschef när någon slutar
- Hållbarhetskontroll månadsvis, det förekommer ofta läkemedel med utgångna datum, både brukarbundna läkemedel och i förråd, ordination saknas eller är inte aktuella (både stående men framförallt vid behovs-ordinationer)
- Aktuell lista över läkemedel som förvaras utanför låst skåp/förråd
- Uppdaterad lokal arbetsordning vid förändringar, ska vara känd och följas av omvårdnadspersonal och sjuksköterskor
- Årlig fördjupad läkemedelsgenomgång
- Avvikelse till ApoEx om avsaknad om avisering vid läkemedelsleverans
- Dokumentation av vid behovsläkemedel i Genomförandewebben
- Signering av registrerad delegering samt förlängning i god tid
- Kontroll och dokumentation av temperatur i kyl och rum där läkemedel förvaras ska genomföras och finnas beskrivet i den lokala arbetsordningen
- Nyckelsignering

### 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.

## Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder ska undvikas så långt det är möjligt medan tvångs- och begränsningsåtgärder inte får förekomma i verksamheterna. Egenkontrollen som innehåller uppgifter gällande skyddsåtgärder som förekommer på särskilda boenden samt grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning ska utföras av alla enhetschefer två gånger per år, v. 12 och v. 38.

### Vecka 12

62%, 8 av 13 särskilt boenden genomförde egenkontroll v 12: Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Rosenborg, Fredens kulle, Edshammar, Månsbacken och Frejagården

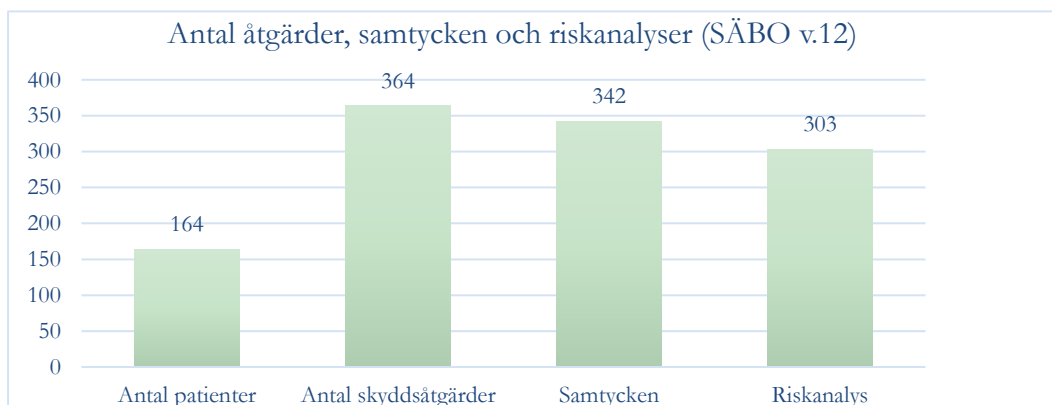
35%, 7 av 20 grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning genomförde egenkontroll v.12. Dessa var Byvägen, Granebo, Heleneborg, Kolmo, Sofiedal, Djupedal och Trapphuset.

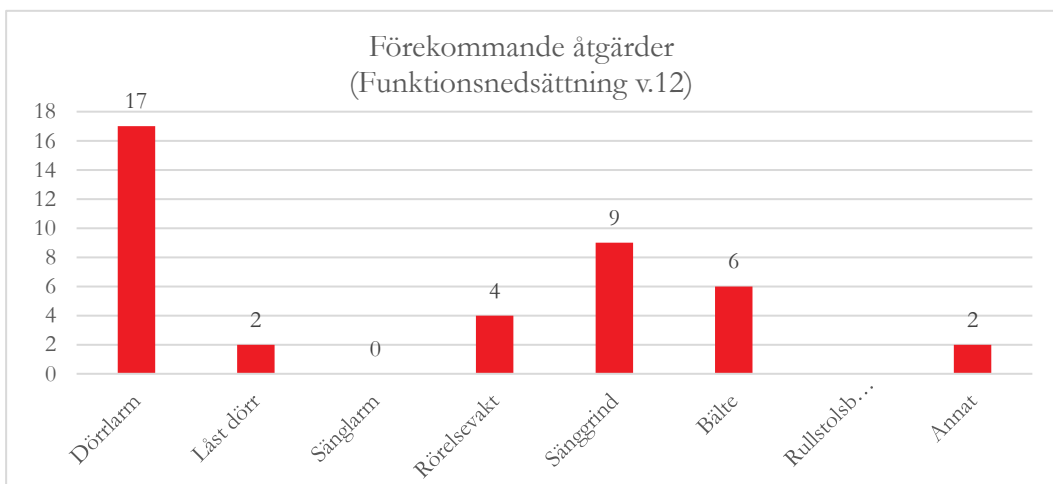
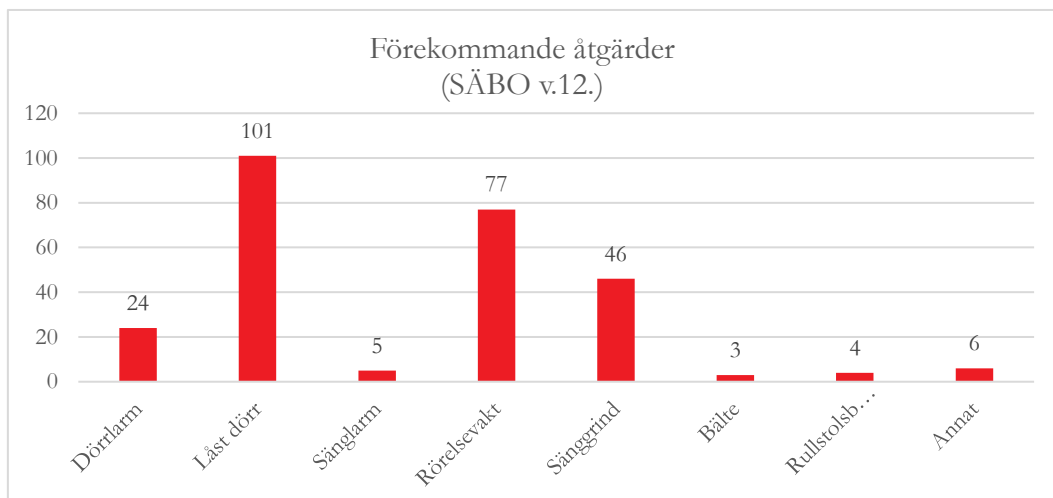
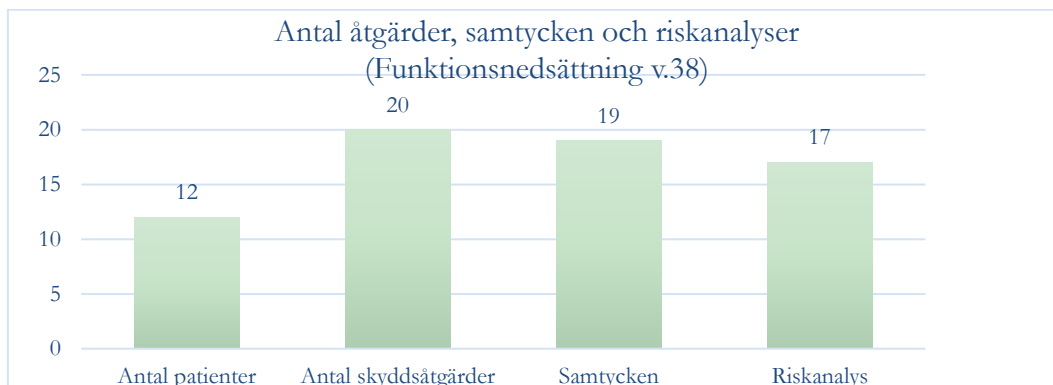
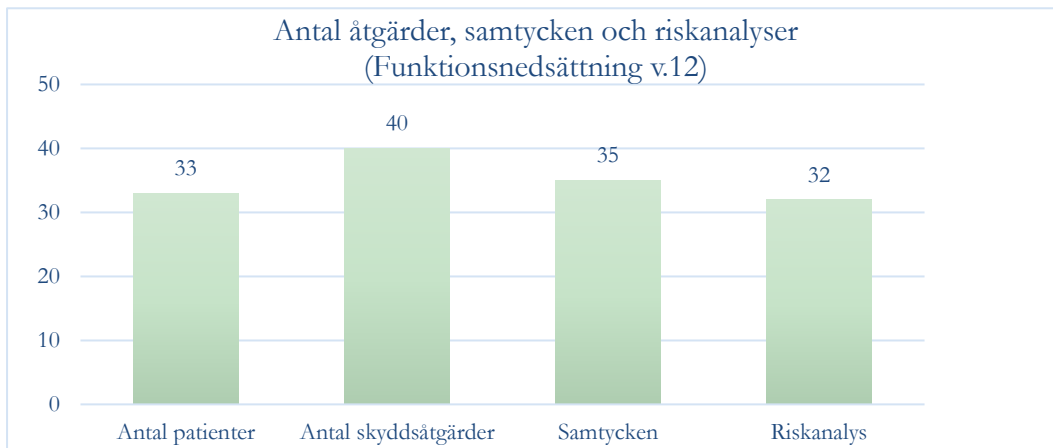
### Vecka 38

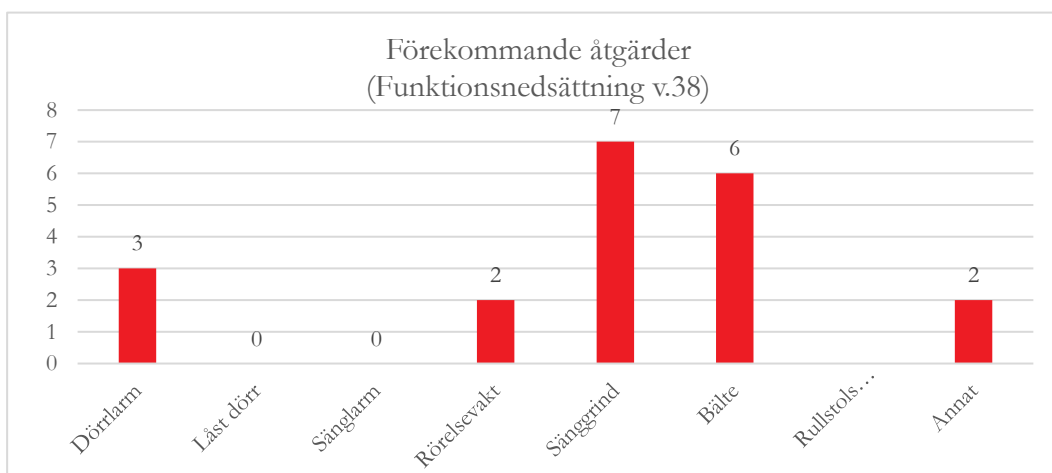
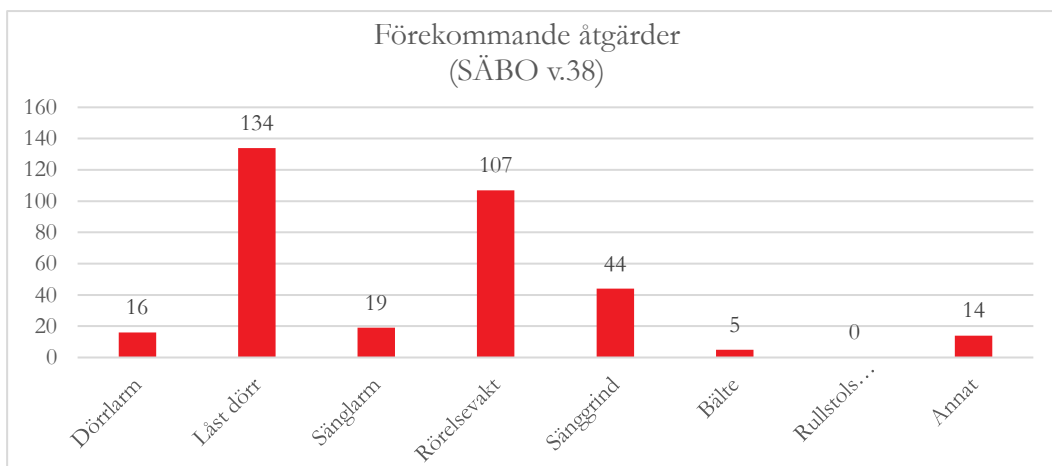
92%, 11 av 12 särskilt boenden genomförde egenkontroll v 38: Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Rosenborg, Fredens kulle, Håsta, Tunbacka, Ingsta, Edshammar, Månsbacken och Frejagården

25%, 5 av 20 grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning genomförde egenkontroll v.12. Dessa var Djupedal, Heleneborg, Sofiedal, Furulund, Trapphuset.

Sammanställning baseras på boenden/servicebostäder som deltog i egenkontroll.







### Analys Skyddsåtgärder

**Särskilt boende:** Vid vårens mätning hade 164 personer på särskilt boende 364 åtgärder och vid höstens mätning hade 236 personer 354 åtgärder. Sammanlagt 718 st.

På våren fanns 342 samtycken och 303 riskanalyser gjorda. Det innebär att både en riskanalys var gjord och att samtycke fanns till 83% av åtgärderna och räknas som skyddsåtgärder. Övriga åtgärder, 17% räknas som tvångs- och begränsningsåtgärder.

På hösten fanns 118 samtycken och 140 riskanalyser var gjorda. 33% räknas som skyddsåtgärder och 67% som otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

**Funktionsnedsättning:** Vid vårens mätning hade 33 personer inom funktionsnedsättning 40 åtgärder. Vid höstens hade 12 personer 20 åtgärder.

På våren fanns 35 samtycken och 32 riskanalyser gjorda. Det innebär att både en riskanalys var gjord och att samtycke fanns till 80% av åtgärderna och räknas som skyddsåtgärder. Övriga åtgärder, 20% räknas som tvångs- och begränsningsåtgärder.

På hösten fanns 19 samtycken och 17 riskanalyser var gjorda. 85% räknas som skyddsåtgärder och 15% som otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

## Förbättringsarbete Skyddsåtgärder

För att få till ett systematiskt arbete och kvalitetssäkring kring skyddsåtgärder påbörjades en översyn av rutinen och den systematiska uppföljningen (egenkontroll) av medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvariga samordnare (SAS) hösten 2024. Översynen kommer att mynna ut i en reviderad rutin/bilagor samt förändring av ansvarsfördelning vad gäller den systematiska uppföljningen från och med 2025.

## Nybesök

Nybesök utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut hos de patienter som flyttar in på särskilt boende, som vistas på korttidsplats och Forsa Rehab samt de som skrivs in i hemsjukvården. Syftet är att uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede. Vid nybesök görs snubbelrond (HSV) och inhämtas information om patienten genom statusuppdatering (alla). Egenkontrollen innefattar de patienter som flyttar in på SÄBO och de som blir inskriven i HSV.

### Analys Nybesök

**SÄBO:** Under 2024 flyttade 174 personer in på särskilt boende. Av dessa personer fick samtliga en bedömning av arbetsterapeut och 150 personer bedömning av fysioterapeut inom första tre veckorna efter inflytt.

Nybesöken på särskilt boende behövdes utvärderas och struktureras, vilket gjordes under 2024. Det togs fram en arbetsbeskrivning över nybesöken som gäller både SÄBO och HSV med syfte, vilka patienter som omfattas, vad de ska innehålla och hur egenkontrollerna ska gå till. I samband med det reviderades egenkontrollmallen.

**HSV:** Under 2024 blev 275 patienter inskrivna i HSV. Av dessa fick personer 117 personer bedömning av arbetsterapeut och personer 136 bedömning av fysioterapeut inom 30 dagar.

Egenkontrollen inom HSV infördes 2023 och har fortsatt att utvecklas under 2024. 2023 var en utmaning att rehab inte fick vetskap om alla patienter som blev inskriven och en rehabkoordinator efterfrågades. Det tillsattes i slutet av 2023, vilket upplevdes förbättra situationen. För att få vetskap om palliativa patienter behövdes ett ökat samarbete med sjuksköterskorna bland annat genom regelbundna HSL träffar, vilket har jobbats på att möjliggöra under året. En förbättring för 2024 var också att ett fallförebyggande arbetsmaterial skulle tas fram för att säkerhetsställa att alla patienter får samma information. Under 2024 infördes att rehab ska dela ut socialstyrelsens broschyr ”Tips för att förhindra fallolyckor” till alla patienter som innehåller information om matvanor, träning och mediciner.

### Förbättringsarbete Nybesök

- Arbetsbeskrivningen ska utvärderas i slutet av 2025.

- Under 2024 påbörjades revidering av ”Fallprevention- checklista, snubbelrond”, vilken ska färdigställas under 2025.

### **Förskrivarutbildning - hjälpmedel**

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

### **Periodisk inspektion av lyftselar**

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

Under 2024 har 83 av 93 förskrivna lyftselar inspekterats (90%).

#### **Analys Lyftselar**

Under 2024 är andelen lyftselar som inspekterats och följts upp fortsatt hög. I samband med inspektionen har också utprovningsprotokollen uppdaterats för 81 av de 83 inspekterade selarna. Utöver personligt utprovade lyftselar har alla enheternas akutselar inspekterats under året. För att säkerställa ett systematiskt arbete kring periodisk inspektion av lyftsele, upprättades en rutin under hösten-23. För att säkra kvaliteten och att personen har rätt typ av lyft och lyftsele förskrivna beslutades att inspektionen också skulle innefatta uppföljning av förflyttningen med lyft, vilket har fungerat bra 2024. Rutinen anses implementerad.

### **Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt handhavande av förflyttningshjälpmedel**

Under 2024 har 6 stycken undersköterskor som gått instruktörsutbildning i förflyttningskunskap utbildat kommunens omvårdnadspersonal ÄO och LSS (tillsvidare och månadsanställda), Trygga Hjälpens personal, semestervikarier och vårdutbildningarnas elever i förflyttning- och lyftteknik samt handhavande av förflyttnings hjälpmedel

#### **Sommarvikarieutbildning**

Alla sommarvikarier erbjöds utbildning. De som är ålagda att gå är de som inte tillgodogjorts utbildningen på annat sätt, till exempel genom vårdutbildningarna. Det hölls 12 tillfällen för vikarierna inför sommaren med max 12 personer per pass, vilka inte var fullbokade, samordnare för utbildningen bedömer att deltagarantal är likartat som sommaren innan.

#### **Ordinarie omvårdnadspersonal/månadsanställda/trygga hjälpen**

En mer omfattande utbildning i förflyttningsteknik, hjälpmedel och handhavande av lyft ska fortlöpande erbjudas till omvårdnadspersonalen. Under 2024 har utbildningarna erbjudits till personal som inte har gått utbildningen efter 2020 och har skett på rullande schema ett tillfälle i veckan (ej under skollov) med 12 deltagare, tillfällen som varit fullbokade och fortgår under 2025.

## Analys Förflyttningsutbildning

Utbildningen för omvårdnadspersonalen i förflyttning och lyftteknik är en viktig pusselbit i att klara framtidens utmaningar. Ur ett arbetsmiljöperspektiv blir det mindre tungt att arbeta om personalen jobbar preventiv och har kunskap i hur de hanterar förflyttningar och hjälpmedel på ett korrekt sätt. Den kunskapen behövs också för att kunna arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt.

Senaste åren har utbildningsansvaret förflyttats från arbetsterapeuter och fysioterapeuter på rehabenheten till äldreomsorgers undersköterskor som ansökt om arbetsuppgiften. Antalet utbildare har minskat från att från början vara 12 stycken till att vara 6 stycken 2024. Samordnare av utbildningarna är enhetschef för rehabenheten som utöver samordningen inte har något övrigt uppdrag kring utbildningen. Ingen person har i nuläget uppdraget att se till att nya instruktörer utbildas vid behov, eller att kvalitetssäkra utbildningen, det vill säga om innehållet motsvarar vad omvårdnadspersonalen efterfrågar, eller vilken kunskapsnivå deltagarna håller efter genomgången utbildning.

## Förbättringsarbete Förflyttningsutbildning

- **Organisationen kring utbildning i förflyttning- och handhavande av lyft behöver ses över** och nya instruktörer behöver utbildas vid behov. Utebliven utbildning för omvårdnadspersonal kan innebära brister i kunskap om förflyttning, säker hantering av hjälpmedel och få konsekvenser för arbetsmiljön.
- **Utbildningen behöver kvalitetssäkras utifrån ett användarperspektiv** för att säkerställa att utbildningen är relevant för användarna och för att se om deltagarna har uppnått den förväntade kunskapsnivån efter genomgången utbildning.

## Basala hygienrutiner och klädregler

Utbildning för hygienombud, enhetschefer, rehab och sjuksköterskor har genomförts av Vårdhygien region Gävleborg, även lokala utbildningar för hela personalgrupper har hållits av MAS.

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

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

En Hygienöverenskommelse har tagits fram av MAS och ska följas av alla som arbetar i patientnära vård- och omsorg. Önskvärt är att den 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 särskilt boenden 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.

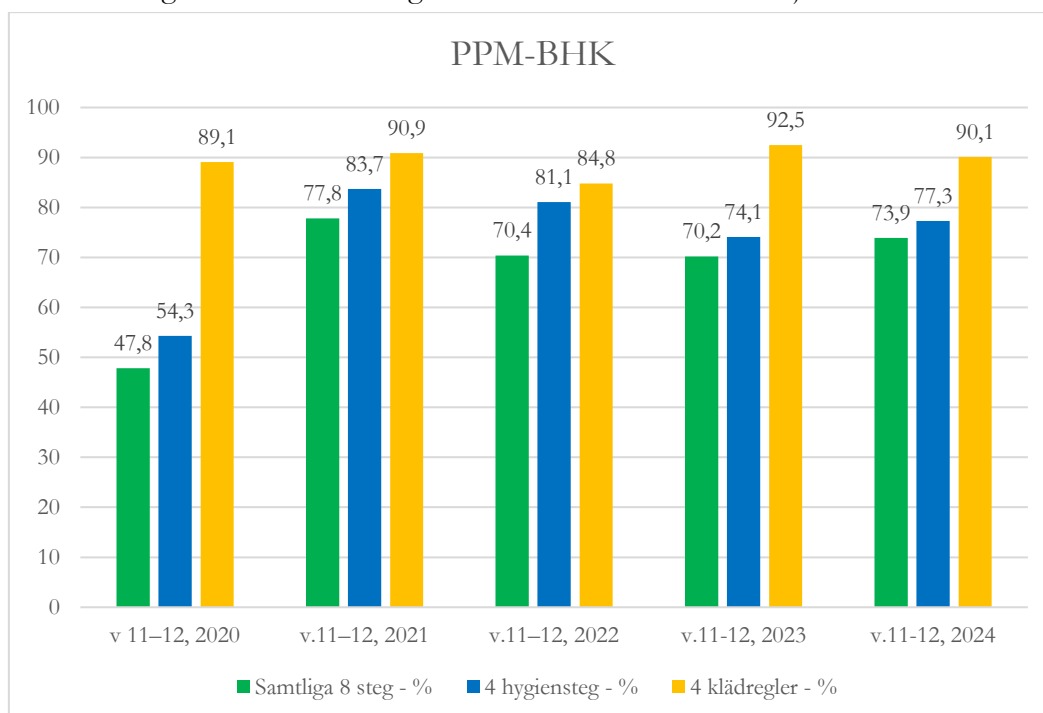
Det är nionde året mätningen genomförs i Hudiksvalls kommun.

Ordinarie mätning v.11-12 2023

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Antal registrerade observationer	100	46	405	328	228	386
Antal enheter	8	4	35	34	24	42

Hygienombud inom äldreomsorg och funktionsnedsättning observerade sina arbetskamrater under v.11-12 avseende följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

Se även bifogad Sammanställningsmall PPM BHK 2024 för varje område.



## Analys PPM-BHK

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i samtliga 8 steg har ökat 3,7 % sedan våren 2023 vilket är positivt då det varit en nedåtgående trend sedan 2021.

Följsamheten behöver ligga högre för att göra vad vi kan för att skydda dem vi är till för, äldre och sköra. Men även personal från att föra över smitta till varandra.

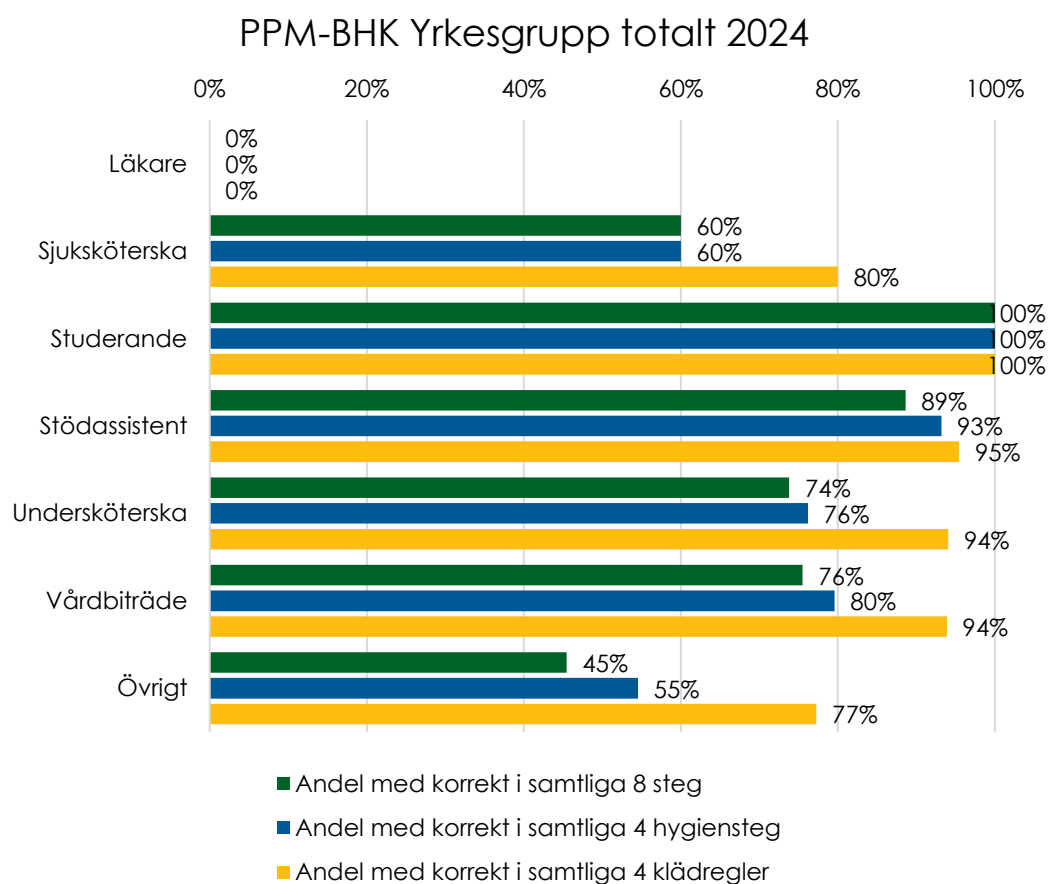
334 observationer har registrerats, en ökning från 228 vid senaste mätningen. 42 av 60 enheter har deltagit, vilket är en ökning från förra mätningen som var 24 enheter.

Antal	Hygienrutiner					Klädsteg				
	Des före	Des efter	Handskar	Förkläde	Korrekt hygien	Dräkt	Ringar	Naglar	Hår	Korrekt klädregler
386	318	355	363	341	297	376	337	343	341	358

Lägst är fortfarande **Desinfektion av händer före** följt av **Förkläde, Ringar, och Naglar**.

Bäst följsamhet har **Arbetsdräkt** och **Handskar**.

Att komma i kontakt med brukare med orena händer är en stor smittspridningsrisk, även smyckade händer och naglar samt löst hängande hår.



Lägst följsamhet har Övrigt 45 % och Sjuksköterskor 60 % följt av undersköterskor 74 %.

#### Förbättringsarbete PPM-BHK

- Ökad följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler
- Enhetschef måste kontinuerligt säkerställa att all personal följer basala hygienrutiner och klädregler, även studenter och praktikanter
- Samtliga anställa ska genomföra webbaserad utbildning och repetera årligen
- Samtliga enheter ska använda Hygienöverenskommelsen (finns på hint/Så här jobbar vi/Rutiner/Hygien)

#### Enheter som inte har registrerade observationer v.11-12 2024

På enheter man jobbar ensam kan det vara svårt att observera sina arbetskamrater för hygienombuden. Då ska mätningen tas upp på APT och man pratar runt de olika stegen istället.

De enheter som meddelat MAS att man tagit upp i personalgrupp är:

- Personlig assistans 2, Personlig assistans 6 och Personlig assistans 7
- Hemtjänst Bjuråker, Hemtjänst Norra, Hemtjänst Södra och Trygg hemgång

De enheter som inte lämnat in någonting är:

- Furulund, Namsos, Skeppsdals och Trapphuset Stormyra
- Personlig assistans 3, Personlig assistans 4 och Personlig assistans 5
- Hemtjänst Delsbo, Hemtjänst Enånger, Hemtjänst Forsa, Hemtjänst nattpatrull, Hemtjänst Njutånger, Hemtjänst Näsviken och Sjuksköterskor hemsjukvård och Rehabiliteringen

### **Vårdhygienisk egenkontroll**

Andel svar

64 av 69 enheter svarade på årets enkät, ett mycket bra resultat. Svar har inte lämnats från Pers. assistans 3, Forsagården 4, Frejagården 1, Gästis/Skeppsdals, Hattmakaren.

Handlingsplan ska upprättas om man svarat Nej på någon fråga eller tycker det finns något förbättringsområde trots att man svarat Ja.

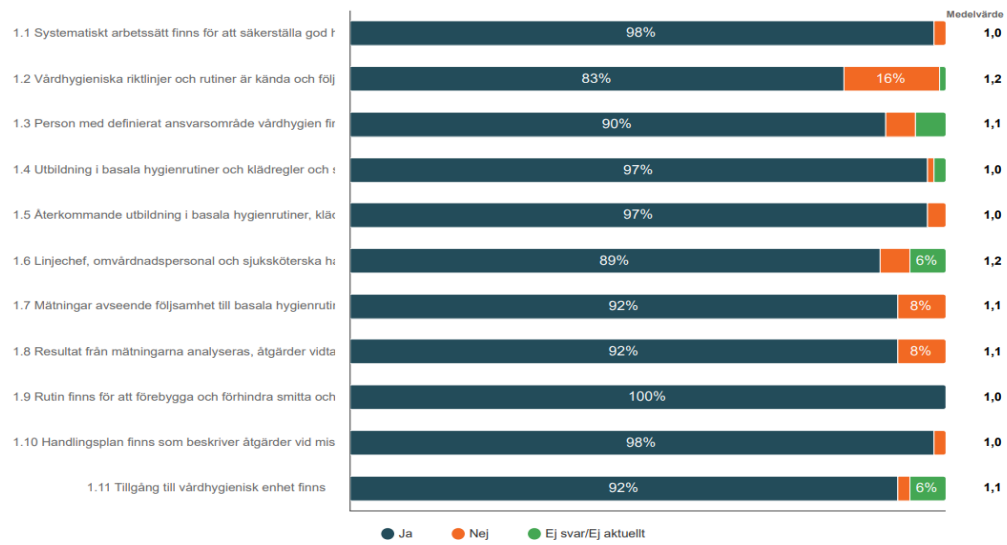
Kopia av handlingsplan mailas till MAS oavsett om något är skrivet eller inte.

Handlingsplanen ligger till grund för prioritering av hygienronder med Vårdhygien under våren 2025.

52 av 69 enheter har lämnat handlingsplan till MAS 2024. Påminnelse skickad.

### 1. Övergripande aspekter

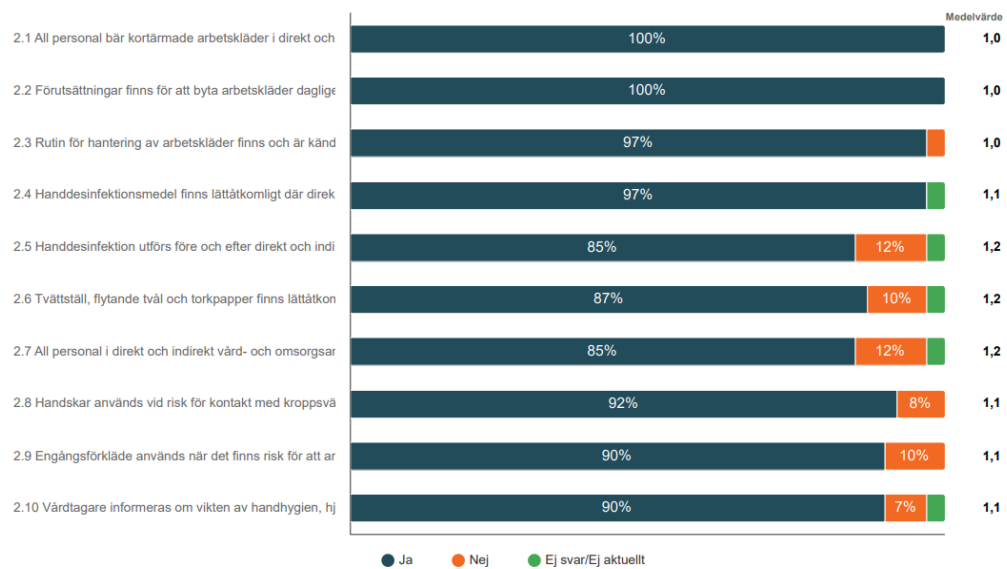
Antal svar: 64



## Särskilt boenden

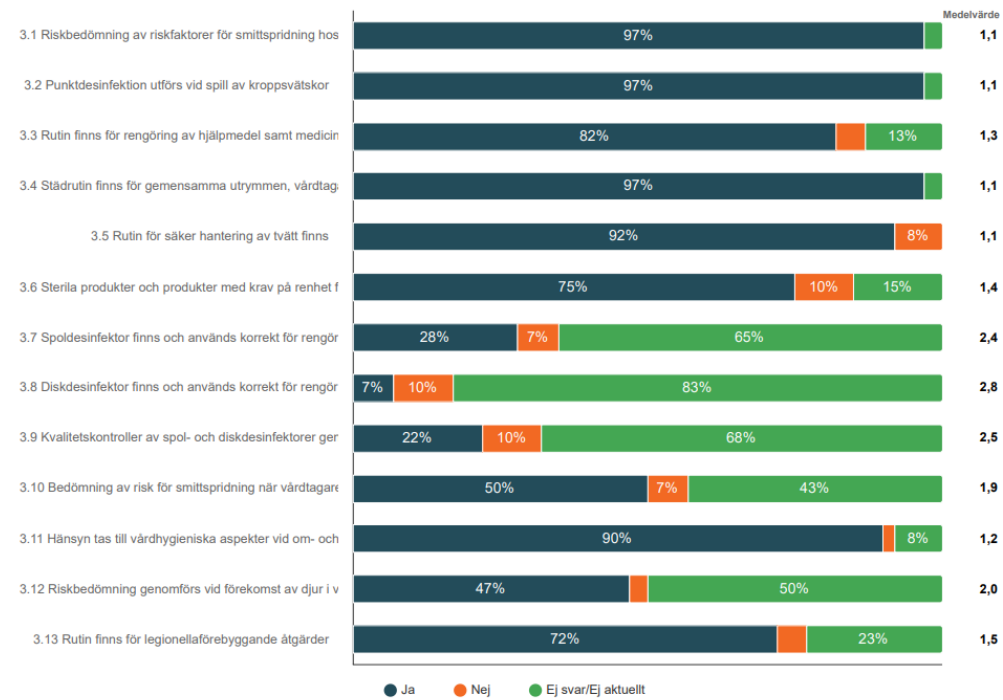
### 2. Basala hygienrutiner och klädregler

Antal svar: 40



### 3. Andra smittförebyggande åtgärder

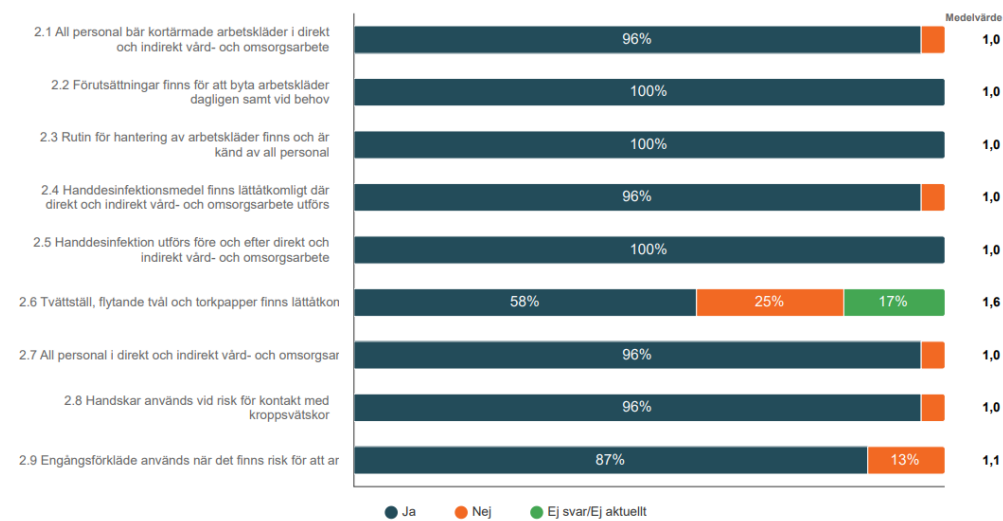
Antal svar: 40

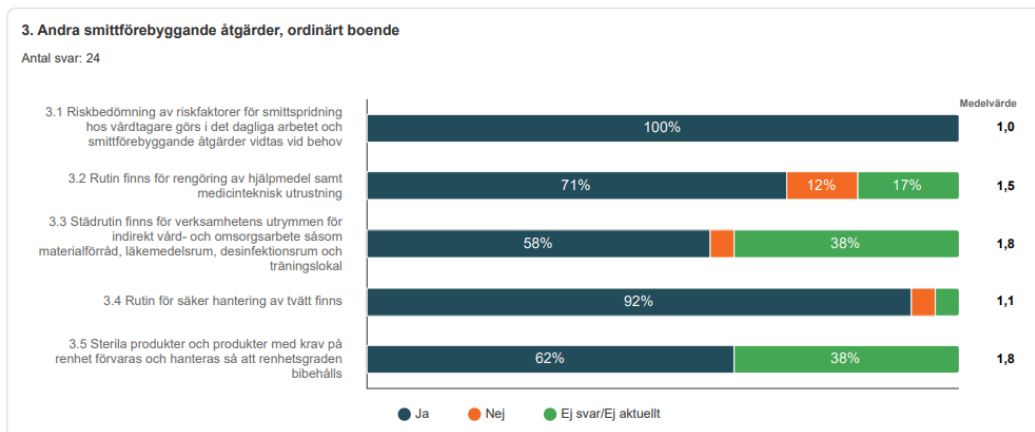


## Ordinärt boende

### 2. Basala hygienrutiner och klädregler, ordinärt boende

Antal svar: 24





## Analys Vårdhygien

Överlag har man ett bra resultat.

De som fått under 90 % Ja-svar är:

- 3.12 Riskbedömning genomförs vid förekomst av djur i vård och omsorg (47 % SÄBO)
- 3.10 Bedömning av risk för smittspridning när vårdtagare eller närstående hanterar livsmedel har genomförts (50 % SÄBO)
- 2.6 Tvättställ, flytande tvål och torkpapper finns lättåtkomligt där direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete utförs (56 % ordinärt boende)
- 3.3 Städrotin finns för verksamhetens utrymmen för indirekt vård- och omsorgsarbete såsom materialförråd, läkemedelsrum, desinfektionsrum och träningslokal (58 % ordinärt boende)
- 3.5 Sterila produkter och produkter med krav på renhet förvaras och hanteras så att renhetsgraden bibehålls (62 % ordinärt boende)
- 3.2 Rutin finns för rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning (71 % ordinärt boende)
- 3.13 Rutin finns för legionellaförebyggande åtgärder (72 % SÄBO)
- 3.6 Sterila produkter och produkter med krav på renhet förvaras och hanteras så att renhetsgraden bibehålls (75 % SÄBO)
- 3.3 Rutin finns för rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning (82 % SÄBO)
- 1.2 Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla personalkategorier (83 %)
- 2.5 Handdesinfektion utförs före och efter direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete (85 % SÄBO)
- 2.7 All personal i direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete har obeklädda och osmyckade händer och underarmar med hel hud (85 % SÄBO)
- 2.6 Tvättställ, flytande tvål och torkpapper finns lättåtkomligt där direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete utförs (87 % SÄBO)

- 2.9 Engångsförkläde används när det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor och biologiskt material (87 % ordinärt boende)
- 1.6 Linjechef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska har ett aktivt samarbete inom området Vårdhygien (89 %)

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

### Förbättringsarbete Vårdhygien

- Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner ska vara kända och följas av alla personalkategorier
- Riskbedömning ska genomföras vid förekomst av djur i vård och omsorg samt legionellaförebyggande åtgärder på SÄBO
- Bedömning av risk för smittspridning vid livsmedelshantering
- Tillgång till handdesinfektionsmedel när tvättställ, flytande tvål och torkpapper inte finns lättåtkomligt
- Handdesinfektion ska utföras före, mellan och efter direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete
- All personal i direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete ska ha obeklädda och osmyckade händer och underarmar med hel hud
- Engångsförkläde ska alltid användas när det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor och biologiskt material
- Städ rutiner för materialförråd, läkemedelsrum, desinfektionsrum och träningslokal
- Förvaring av sterila produkter och produkter med krav på renhet
- Rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning
- Enhetschef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska ska ha ett aktivt samarbete inom området Vårdhygien

### Hygienrond

Hygienrond är ett komplement till Vårdhygienisk egenkontroll. Genomgång av frågor och förbättringsåtgärder från egenkontrollen samt stöd att få till bra rutiner även i förråd, tvättstuga osv. Hygienrond har tillsammans med MAS och hygiensjuksköterska från Vårdhygien genomförts på Ingsta, Tunbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Forsagården, Backavägen, Rosenborg, Frejagården, Edshammar/Månsbacken, Edsbacka, Sofiedal, Håsta, Fredens kulle, Rehabenheten, Kolmo, Djupedal, Sunnansjö, Rödebo och personlig assistans.

### Självskattning

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

## PPM-HALT

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

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

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

Kommun	Hudiksvall
Antal enheter totalt	20
Antal Demensboenden	2
Antal Korttidsboenden	3
Antal Allmän vård och omsorg	15
Antal Verksamhet enligt LSS	0
Antal Psykiatri	0
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	368
Antal vårdtagare med korttidsvård	12
Antal kvinnor	250
Antal män	118
Antal >80 år	257
Antal >85 år	171
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	12
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	9
- Antal vårdtagare med profylax	3
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	13

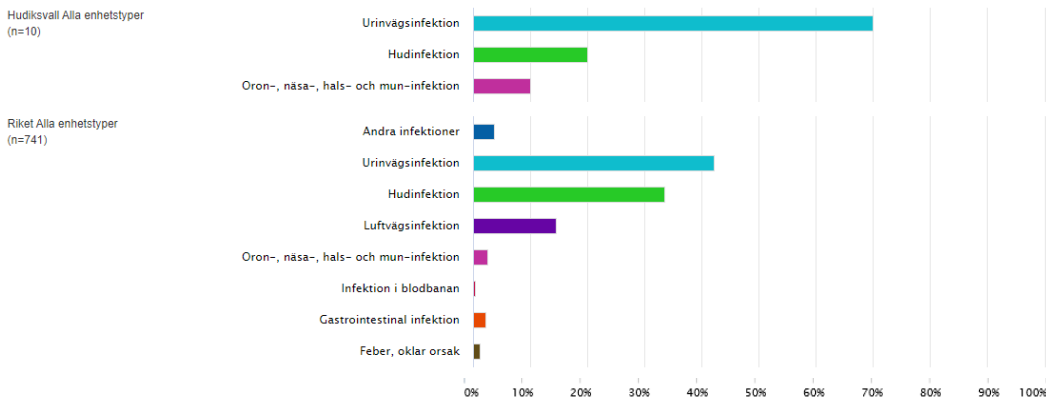
Under v.46–47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 20 enheter/368 vårdtagare vid ForsaRehab, Fredens kulle (Smaragden, Diamanten, Opalen, Rubinen, Pärlan), Håsta, Tunbacka, Ingsta, Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Forsagården, Edshammar, Månsbacken, Frejagården.

Rosenborg deltog inte i mätningen 2024.

Andelen infektioner är lågt. 4 personer med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (1 %).

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

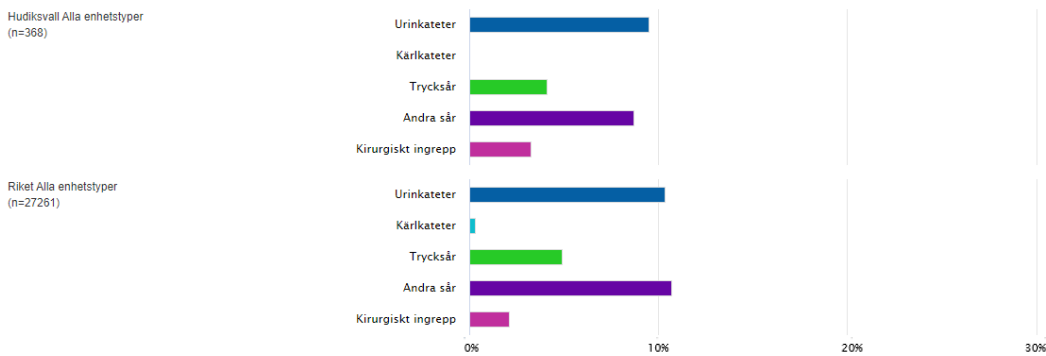
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är urinkateter (9,5 %) andra sår (8,7 %), trycksår (4,1 %) och kirurgiska ingrepp (3,3 %).

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

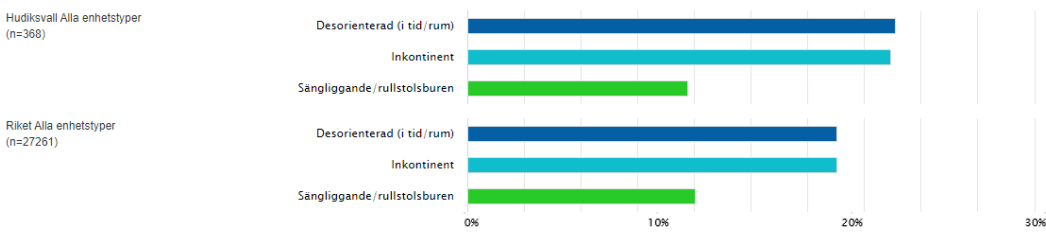
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Vårdtyngdsindikatorer är desorienterad i tid/rum (75,5 %), inkontinent (74,7 %) och sängliggande/rullstolsbunden (38,9 %).

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

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



### Analys

Hudiksvalls kommun ligger lägre än riket gällande urinkatetrar, trycksår/andra sår och sängliggande/rullstolsburen men högre när det gäller desorienterad i tid/rum och inkontinent. De två senare vårdtyngdsindikatorerna har ökat sedan föregående mätning 2023.

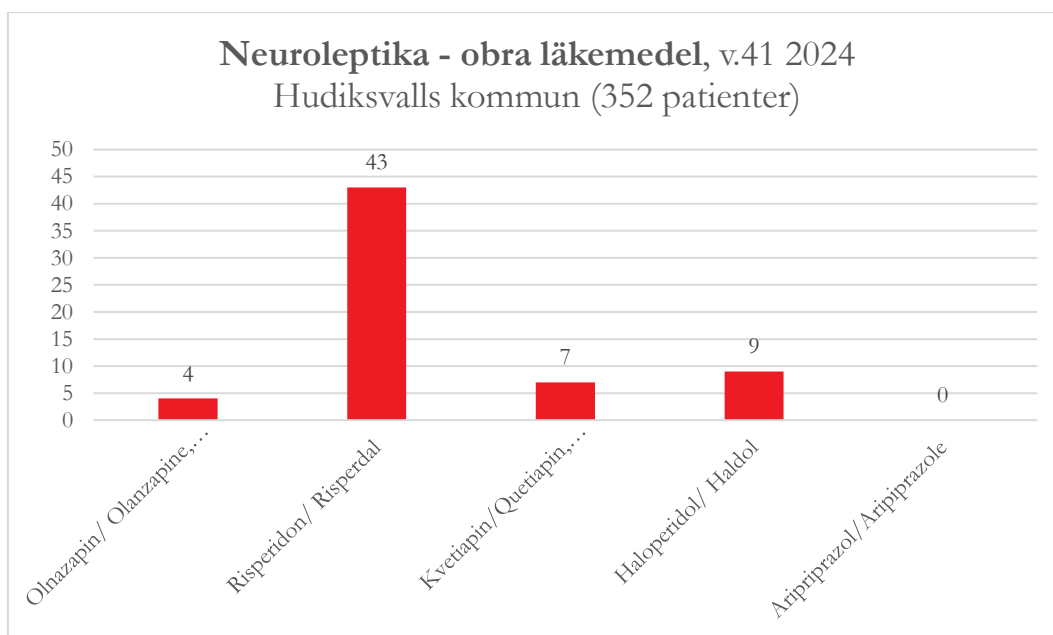
## Förbättringsarbete PPM-HALT

- Verksamheten behöver uppmärksamma riskfaktorer och värdebyggsindikatorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och onödig antibiotikaanvändning
- Önskvärt att alla HSL enheter tillsammans med boendets chef deltar i Folkhälsomyndighetens satsning ”Antibiotikasmart Sverige” för att bli en antibiotikasmart äldre- och funktionshinderomsorg

## Neuroleptika – obra läkemedel

Läkemedelsanvändningen bland äldre personer är ett viktigt område – känsligheten för läkemedel ökar till följd av både åldrande och sjukdom, och det är vanligt att äldre använder många läkemedel. Detta medför bland annat en ökad risk för biverkningar och att läkemedlen kan påverka varandra på ett ogynnsamt sätt. En del läkemedel bör undvikas till äldre personer på grund av alltför hög risk för biverkningar i denna åldersgrupp. [Äldre och läkemedel - Socialstyrelsen](#)

Läkemedelsenheten Region Gävleborg har valt att kartlägga användning av nedanstående neuroleptika på SÄBO i länet.



### Analys Neuroleptika

Samtliga SÄBO deltog i mätningen v.41–2023. I årets mätning saknas Frejagården och Rosenborg.

Av 382 patienter har 63 st. en ordination på obra läkemedel, 18 %, en ökning från 15 % 2023.

### Förbättringsarbete Neuroleptika

- Vid ronder och fördjupade läkemedelsgenomgång behöver läkare följa upp om ordinerad behandling med neuroleptika är adekvat

## 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



### Har vården varit säker

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

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

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt 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.

### Händelser och vårdskador

	2021	2022	2023	2024
Händelseanalys MAS	2	1	5	4
Händelseanalys MAR	1	1	1	1

Under 2024 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjort fyra händelseanalyser rörande Handräckning till akutmottagning, Fel dos insulin, Saknade narkotikaklassade läkemedel samt tillsammans med Region Gävleborg Fall på akutmottagning. Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) gjort en händelseanalys rörande lyftsle.

Händelseanalyser har även genomförts vid klagomål från IVO, klagomål via Patientnämnden, vid enskildas synpunkter och klagomål samt Lex Maria anmälan.

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

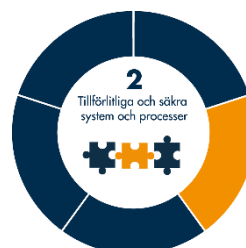
Från hösten 2022 genomför MAS och MAR händelseanalyser utifrån SKR:s analysmetod som är utvecklad för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten.

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

## 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

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



### Läkemedelsgenomgångar

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i en patients läkemedelsbehandling. Genom att systematiskt genomföra läkemedelsgenomgångar ges goda förutsättningar att optimera patientens läkemedelsbehandling utifrån patientens egna förutsättningar. Ansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska ska årligen genomföra en fördjupad läkemedelsgenomgång för varje patient. Resultat se Egna mål och strategier 2024 sid.27

### 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).

Verksamheten är inte ansluten till RiksSår, ett kliniskt verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, utbildning och rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden. Däremot används E-learning digital sårutbildning. Länets referensgrupp för svårläkta sår ser över användandet av RiksSår i länet.

# Senior alert

2024 januari-december

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

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Hudiksvalls kommun	590	92%  805 av 874	82%  660 av 805	89%  719 av 805	79%  455 av 575	68  personer	226  personer	322  personer	205  personer
Edsbacka	39	97%  64 av 66	97%  62 av 64	98%  63 av 64	100%  48 av 48	3  personer	17  personer	95  personer	23  personer
Edshammar	10	90%  9 av 10	67%  6 av 9	100%  9 av 9	100%  18 av 18	3  personer	3  personer	0  personer	3  personer
Forsagården	38	96%  69 av 72	72%  50 av 69	58%  40 av 69	59%  30 av 51	2  personer	15  personer	8  personer	13  personer
Forsa rehab	4	0%  0 av 4	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0  personer	1  personer	0  personer	0  personer
Fredens kulle	54	98%  87 av 89	84%  73 av 87	97%  83 av 87	92%  65 av 71	11  personer	31  personer	23  personer	29  personer
Fredens kulle korttids	50	97%  57 av 59	82%  47 av 57	88%  50 av 57	100%  14 av 14	3  personer	16  personer	8  personer	18  personer
Frejagården	27	95%  40 av 42	85%  34 av 40	93%  37 av 40	100%  24 av 24	2  personer	7  personer	4  personer	18  personer
Hudiksvall Bjuråker Svågadalen hemsjukvård	22	94%  32 av 34	91%  29 av 32	97%  31 av 32	12%  3 av 26	8  personer	8  personer	3  personer	7  personer
Hudiksvall Delsbo hemsjukvård	29	82%  41 av 50	90%  37 av 41	95%  39 av 41	45%  15 av 33	2  personer	9  personer	4  personer	4  personer
Hudiksvall Forsa hemsjukvård	2	100%  2 av 2	50%  1 av 2	0%  0 av 2	0%  0 av 0	0  personer	1  personer	1  personer	1  personer
Hudiksvall Iggesund hemsjukvård	33	91%  42 av 46	93%  38 av 42	100%  42 av 42	71%  10 av 14	2  personer	8  personer	14  personer	3  personer
Hudiksvall Njutånger Enånger hemsjukvård	28	93%  50 av 54	94%  47 av 50	100%  50 av 50	91%  53 av 58	0  personer	8  personer	13  personer	2  personer
Hudiksvall Norr	26	100%  29 av 29	83%  24 av 29	93%  27 av 29	43%  9 av 21	4  personer	10  personer	4  personer	3  personer
Hudiksvall Norrbo Näsvisken hemsjukvård	4	60%  3 av 5	0%  0 av 3	0%  0 av 3	0%  0 av 0	0  personer	0  personer	1  personer	0  personer
Hudiksvall Söder	53	86%  49 av 57	65%  32 av 49	76%  37 av 49	65%  13 av 20	4  personer	19  personer	8  personer	25  personer
Hudiksvall Öster	29	84%  27 av 32	67%  18 av 27	78%  21 av 27	40%  2 av 5	1  personer	9  personer	0  personer	6  personer
Hudiksvall LSS	5	80%  4 av 5	50%  2 av 4	75%  3 av 4	0%  0 av 0	0  personer	2  personer	0  personer	0  personer
Håsta	20	90%  18 av 20	89%  16 av 18	94%  17 av 18	0%  0 av 1	0  personer	10  personer	2  personer	2  personer
Ingsta ÅO	13	92%  12 av 13	92%  11 av 12	100%  12 av 12	0%  0 av 2	2  personer	3  personer	3  personer	7  personer
Lyckbacken	27	100%  45 av 45	80%  36 av 45	100%  45 av 45	98%  45 av 46	7  personer	9  personer	31  personer	12  personer
Månsbacken	13	86%  18 av 21	44%  6 av 18	72%  13 av 18	17%  1 av 6	2  personer	6  personer	1  personer	4  personer
Rosenborg	20	84%  27 av 32	93%  25 av 27	100%  27 av 27	100%  22 av 22	5  personer	8  personer	38  personer	9  personer
Tryggebo ÅO	37	93%  52 av 56	71%  37 av 52	85%  44 av 52	94%  44 av 47	3  personer	16  personer	51  personer	8  personer
Tunbacka	31	90%  28 av 31	93%  28 av 28	100%  28 av 28	81%  39 av 48	4  personer	18  personer	10  personer	14  personer

Av ca 750 personer >65 år (på särskilt boende- 380 st., hemsjukvård i ordinärt boende – ca 350 st. och funktionsnedsättning 23 st. finns 590 unika personer registrerade i Senior alert, 79 %. Det är en ökning från 450 personer 2023.

89 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (719 av 805 riskbedömningar).

Övrig registrering i Senior alert

#### **Trycksår registrerade i Senior alert under 2024**

50 unika personer hade under perioden 68 trycksår totalt. Främst Ryggslut/Sacrum, Häl och Annat. Vanligaste bakomliggande orsakerna är Huden utsätts för ökat tryck, Nedsatt födointag och Nedsatt hudelasticitet.

<b>Kategori</b>	<b>Antal</b>
Kategori 1	27 st.
Kategori 2	33 st.
Kategori 3	4 st.
Kategori 4	3 st.
Misstänkt djup hudskada: sårdjup okänt	1 st.
Icke klassificerbart trycksår: sårdjup okänt	-

#### **BMI i Senior alert**

266 unika personer hade ett BMI <22.

#### **Fall i Senior alert**

128 unika personer har sammanlagt fallit 322 gånger.

#### **Munhälsa/ROAG i Senior alert**

205 unika personer har risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3. Hos dessa är 758 riskbedömningar med ROAG-J av munhälsa gjorda.

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal (482 st.)

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård (145 st.)

## Blåsdysfunktion

Sverige / Kommun / Region

Hudiksvalls kommun

År

2024

Typ av enhet

Alla

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning
Hudiksvalls kommun	78	68% ↑ 55 av 81	100% ↑ 55 av 55	100% ↑ 55 av 55	88% ↑ 14 av 16	0% ↓ 0 av 16
Edsbacka	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0
Edshammar	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Forsa rehab	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Fredens kulle	20	90% ↑ 18 av 20	100% ↑ 18 av 18	100% ↑ 18 av 18	100% ↑ 14 av 14	0% → 0 av 14
Hudiksvall Hemsjukvård	40	46% ↑ 19 av 41	100% ↑ 19 av 19	100% ↑ 19 av 19	0% ↓ 0 av 2	0% → 0 av 2
Håsta	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Ingsta ÅO	12	100% ↑ 12 av 12	100% ↑ 12 av 12	100% ↑ 12 av 12	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Lyckbacken	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% → 0 av 0
Rosenborg	8	75% ↑ 6 av 8	100% ↑ 6 av 6	100% ↑ 6 av 6	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Tunbacka	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0

Blåsdysfunktion är ett stort förbättringsområde. 78 av 734 personer finns registrerade, 100 % har en åtgärdsplan vid risk.

### Analys Senior alert

En markant ökning av antalet riskbedömningar ses 2024.

Forsa rehab, Opalen, Rubinen och Håsta behöver komma igång med bedömningar. Även hemsjukvården i Forsa och Norrbo/Näsviken.

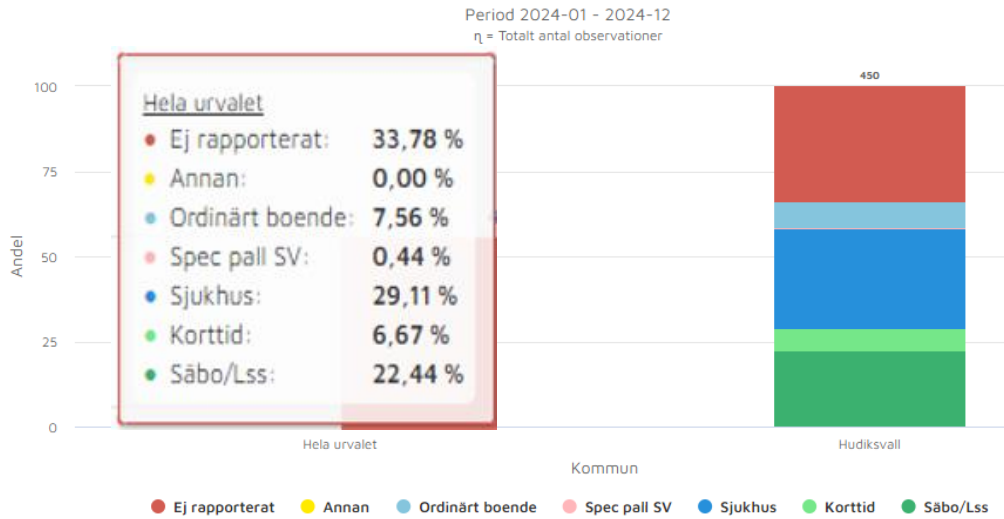
### Förbättringsarbete Senior alert

- Utse en Senior alert stödjure med avsatt tid för att bibehålla resultat gällande trycksår, undernäring, munhälsa, fall och blåsdysfunktion.
- Ett väl fungerande teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert.
- Alla fall, även de utan skada, ska registreras i Senior alert samt journalföras både som viktig händelse i den sociala journalen och i patientjournalen. Fall med skada ska dessutom registreras som avvikelser.
- Korrekt omhändertagande i samband med fallolyckor om behandling med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia).
- Systematiskt arbete även med Blåsdysfunktion.

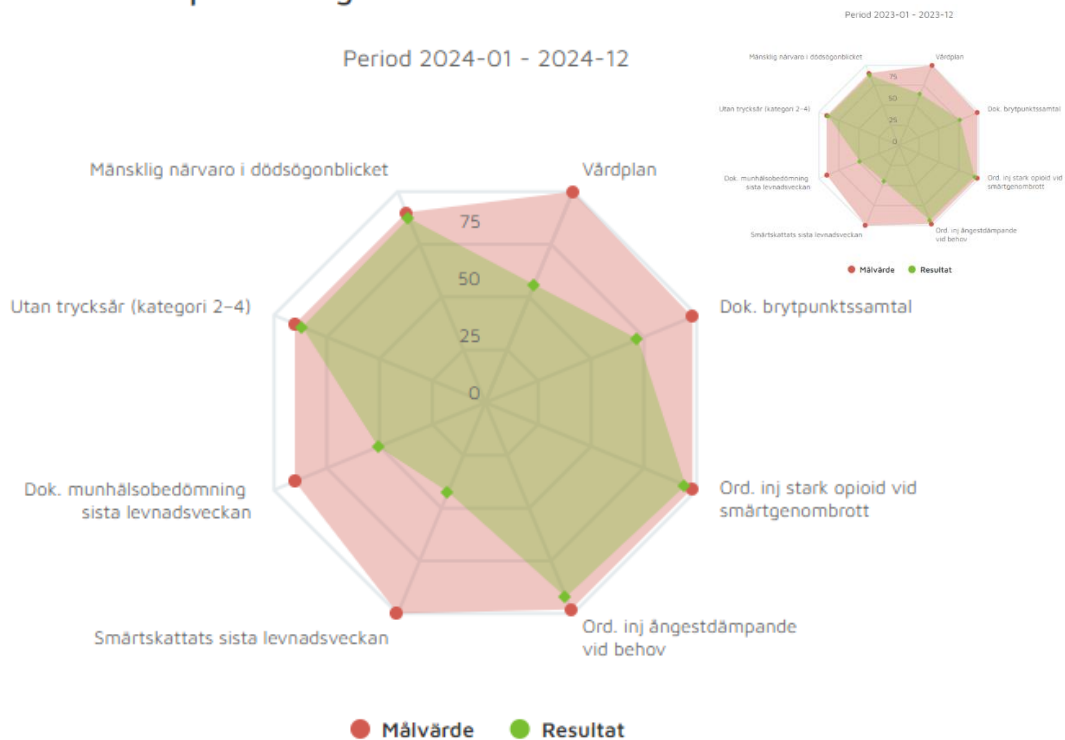
## Palliativregistret

Resultat visar avlidna personer folkbokförda i Hudiksvalls kommun 2024. Resultatet visar registreringar i både sluten- och öppenvård samt kommunen. 298 av 450 dödsfall är registrerade.

### Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall



### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

SK

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	55,8	100	191	342
Dok. brytpunktssamtal	72,2	98	247	342
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	94,7	98	324	342
Ord. inj ångestdämpande vid behov	92,1	98	315	342
Smärtskattats sista levnadsveckan	42,4	100	145	342
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	50,6	90	173	342
Utan trycksår (kategori 2-4)	86,5	90	296	342
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,4	90	299	342

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

SK

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	64,1	100	198	309
Dok. brytpunktssamtal	76,4	98	236	309
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	94,8	98	293	309
Ord. inj ångestdämpande vid behov	93,2	98	288	309
Smärtskattats sista levnadsveckan	44,7	100	138	309
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	48,5	90	150	309
Utan trycksår (kategori 2-4)	88,3	90	273	309
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,4	90	270	309

## Analys Palliativregistret

Munhälsobedömning har förbättrats sedan 2023, övriga parametrar har minskat.

37 % har registrerats som avlidna inom kommunal hälso- och sjukvård under perioden och 30 % av regionen.

33 % (152 st.) av dödsfallen är inte registrerade, oklart hur många av dessa som avled inom kommunens verksamhet.

## Förbättringsarbete Palliativregistret

- Samtliga avlidna ska registreras i palliativregistret av kommunens sjuksköterskor
- Palliativ vårdprocess behöver påbörjas när beslut om Vård i livets slut tas
- Vårdplan och Brytpunktssamtal ligger långt ifrån målvärdet och behöver öka
  - Samverka med läkare i primärvården för att ytterligare öka antalet Brytpunktssamtal och Vårdplan
- Smärtskattning och Munhälsobedömning ligger långt ifrån målvärdet och behöver öka
  - Utbildning i smärta och smärtskattningsinstrumenten måste prioriteras
  - Viktigt att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor regelbundet genomför grundutbildning i munvård via webben samt får utbildning i ROAG och munhälsobedömning från Tandvården

## BPSD registret

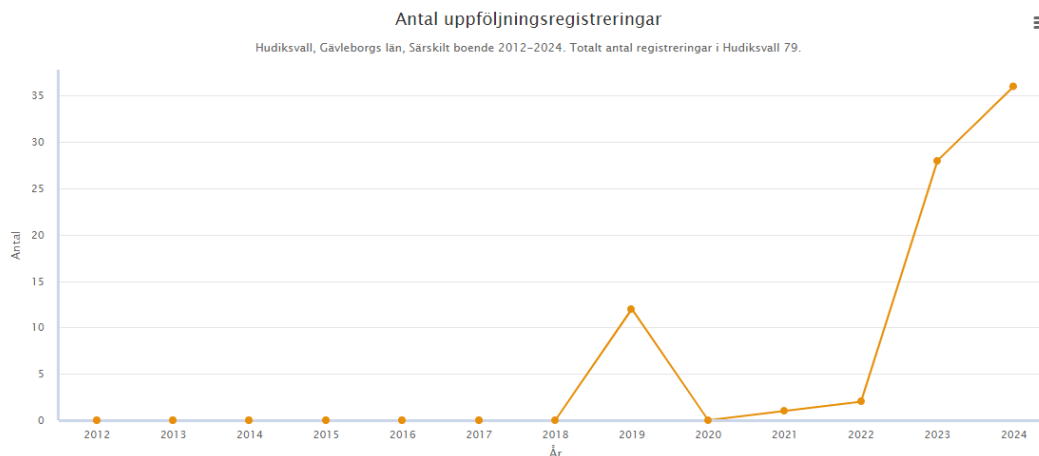
Sedan projektet med demensteam avslutades redovisas inte resultat i Patientsäkerhetsberättelsen då legitimerad HSL personal inte har avsatt tid för att jobba med frågan.

## Svedem (Svenska demensregistret)

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

Efter att arbetsplatserna blivit Stjärnmärkt så ska sjuksköterskorna sedan 2023 registrera i Svedem. Antal registreringar har ökat från 28 st. 2023 till 36 st. 2024.

Följande kvalitetsindikatorer följs också upp: Levnadsberättelse, Miljöanpassningar, Strategier för bemötande, Personcentrerade aktiviteter, Antipsykosläkemedel, och Läkemedelsgenomgång senaste 12 månader. [Svedem \(uu.se\)](http://Svedem.uu.se)



Särskilt boende (SÄBO) antal uppföljningar	2022	2023	2024
Edsbacka	2	6	7
Edshammar			
Forsagården			
Fredens kulle		16	11
Frejagården			2
Håsta			
Ingsta		1	
Lyckbacken			14
Rosenborg			1
Tryggebo		2	
Tunbacka		3	1
	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>36</b>

### 3.3 Säker vård här och nu

#### Är vården säker idag

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



#### 3.3.1 Riskanalys

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse

ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Sjuksköterskeenheter och rehabenheten beaktar alltid patientsäkerhetsperspektivet vid risk och konsekvensanalys utifrån arbetsmiljö.

Under 2024 har riskbedömning genomförts inför:

- Avveckling Rosenberg, Ingsta, Tunbacka samt uppstart Skyttegillet
- Uppstart korttidsplatser/växelvård Rubinen och växelvård Lyckbacken (som ev. inte kommer att bli verkställt)
- Stängning av växelvårdsplatser sommaren -24
- Införande av digital signering
- Vid ny områdesindelning för hemsjukvården

Risikanalys som görs på individnivå fortlöpande är via Senior Alert.

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

### 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



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

#### Lex Maria

	2021	2022	2023	2024
Lex Maria - MAS	0	2	2	0
Lex Maria - MAR	0	0	0	0

Syftet med Lex Maria är att identifiera systemfel och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

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

## Strukturerad journalgranskning

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

Systemförvaltare har gått igenom samtliga patientjournaler för HSV. Under våren 2024 träffade systemförvaltare, enhetschef och MAS samtliga sjuksköterskor för HSV och gick igenom förbättringsområden.

## Kollegial journalgranskning

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomförde kollegial granskning under våren med stöd av dokumentationsstödjare.

Syftet med kollegial journalgranskning är att kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal i syfte att tillförsäkra patienten en god och säker vård. Resultat se Egna mål och strategier sid.27

### Sjuksköterskor

Sjuksköterskor genomförde kollegial granskning under våren med stöd av dokumentationsstödjare.

De enheter som inte genomfört granskningen under våren är: Hemsjukvård Hudiksvall norra/södra/östra, Iggesund, Njutånger/Enånger, Forsa/Näsviken och Natt.

### Analys Kollegial journalgranskning

Totalt granskades 44 journaler, fler än 2023. Likheter/olikheter vid dokumentation, goda exempel och förbättringsområden kunde lyftas fram och diskuteras.

Resultatet presenteras för dokumentationsgruppen för vidare analys och diskussion.

### Förbättringsarbete Kollegial journalgranskning

- Var man skriver i processen
- Vilka sökord som används i relaterade faktorer
- Uppmärksamhetssymbolen
- Gula lappen
- Personkort aktuella
  - o Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, tandläkare, tillhörighet HC, kontaktuppgifter till anhöriga, kontakt anhöriga nattetid
- Samtycke/sekretess
- Diagnos – varifrån informationen kommer
- Svårt följa en röd tråd i Relaterade faktorer då uppföljningar skrivs under ett annat sökord

- Checklistor för tex inflytt och dödsfall
- Överskådligt årshjul med saker som ingår i OAS roll att utföra
- Skriva givna VILS-injektioner under rätt KVÅ-kod
- Mer detaljerade vårdprocesser
- Regelbunden uppföljning av Tresa dokumentation
- Ta med bärbar dator på jourtid för att kunna läsa och dokumentera

## Rehabenheten

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomförde kollegial granskning under våren med stöd av dokumentationsstödare.

### Analys Kollegial journalgranskning

Totalt granskades 49 journaler, ungefär lika många som 2022. Likheter/olikheter vid dokumentation, goda exempel och förbättringsområden kunde lyfts fram och diskuteras. Som goda exempel under granskningen lyftes fram att det i stor del dokumenteras likvärdigt, att röd tråd i journalen finns och att alla patienter har minst en process.

Resultatet presenteras för dokumentationsgruppen för vidare analys och diskussion.

### Förbättringsarbete dokumentation

- Finns olikheter i var och hur vi dokumenterar som behöver förtydligas
- Fast Läkarkontakt finns sällan dokumenterad
- Samtycke är ibland dokumenterat men inte alltid
- Den enskildes uppfattning i processen är sällan dokumenterad
- Mål finns med är inte SMARTA (Specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt, tidsbegränsat)
- Relaterade Faktorer ska hållas uppdaterade

### Förbättringsarbete kollegial granskning

- Granska innehållet mer och inte bara om informationen finns

## 3.4.1 Avvikelse

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

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

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.

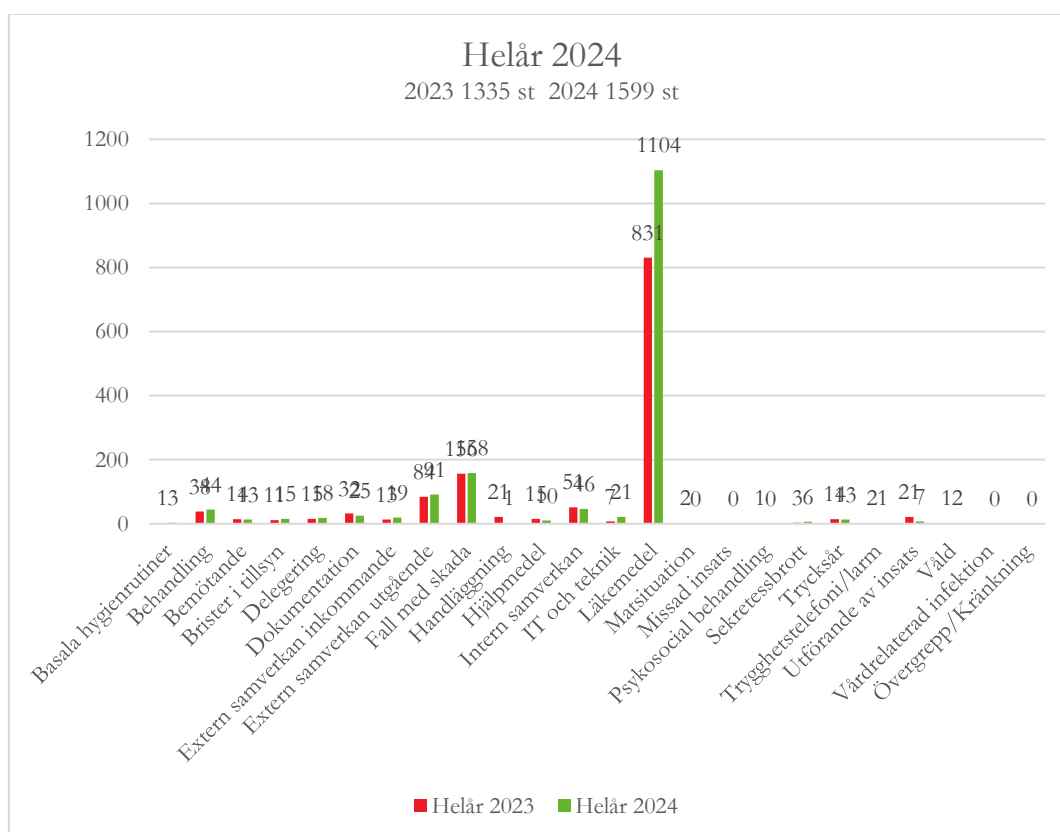
Enhetschef ansvarar, i samarbete med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att utreda avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten.

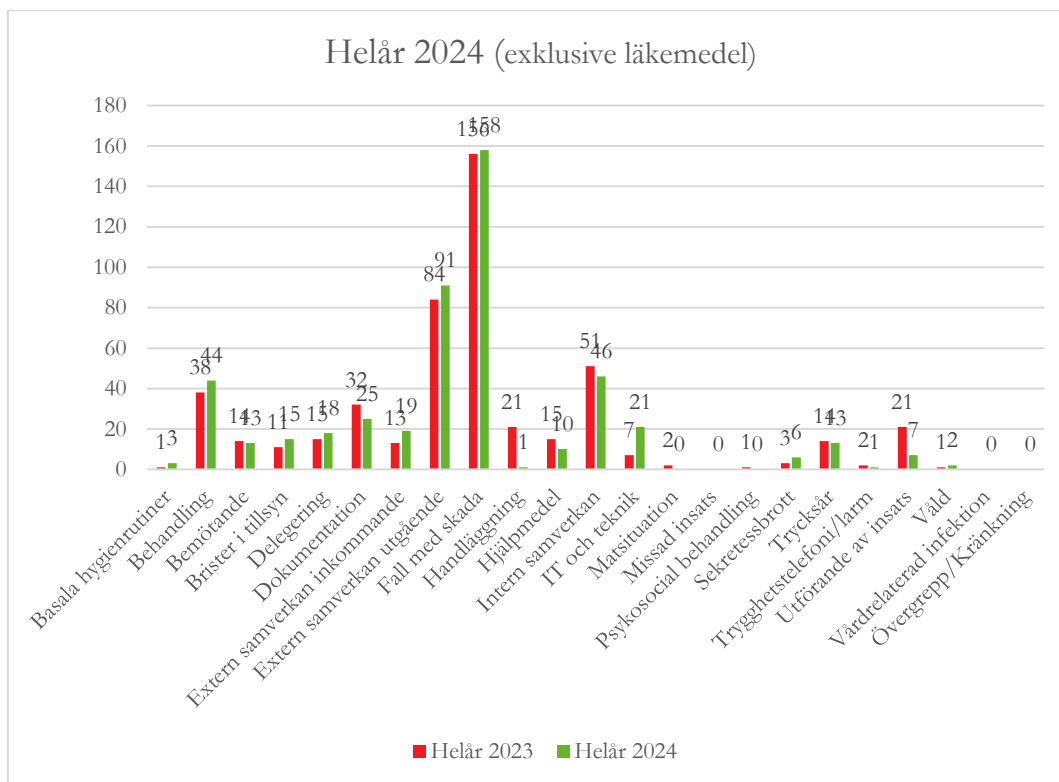
Avvikelseerna går igenom av medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) för att bedöma om händelsen lett till en allvarlig vårdskada, om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas. Förmedlar avvikelser rörande rehabilitering till medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)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

Avvikelser rörande hälso- och sjukvård fördelar sig:	2022	2023	2024
SÄBO	692	809	929
Hemsjukvård	110	120	158
Hemtjänst	146	314	448
Rehab	29	30	11
FN	110	62	53





### Analys avvikelser HSL

Antalet avvikelser helår 2023 – 1335 st.

Antalet avvikelser helår 2024 – 1599 st.

En ökning med 264 st. jämfört med 2023. De vanligaste avvikelserna är Läkemedel (1104), Fall med skada (158) och Extern samverkan utgående (91). Antal läkemedelsavvikelser har ökat från 831 st. 2023 till 1104 st. 2024. Åtgärder genomförs kontinuerligt för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

Antal slutförda HSL avvikelser under perioden är 763 av 1641 st., 48 % en ökning sedan 2023 (47 %).

### Läkemedelsavvikelser

- Andel läkemedelsavvikelser ligger konstant högt.
- 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.
  - Delegeringsutbildningen har förändrats. Den grundläggande basutbildningen kommer även omvårdnadspersonal som ska förlänga sin delegering att genomföra från februari 2025 för att säkerställa kompetensen hos alla med delegering.
  - Delegeringar följs upp årligen av sjuksköterska. En högre andel delegeringar dras också tillbaka av sjuksköterska på grund av osäkerhet och okunskap i läkemedelshanteringen.

- För att säkerställa patientsäkerheten pågår införande av digitala medicinskåp och digital signeringslista.
  - Digitala medicinskåp har sedan maj 2023 installerats på SÄBO, saknas på Fredens kulle, Håsta och Lyckbacken. Tekniken har fungerat bra men behörighetsfrågan har varit svår att lösa.
  - För att säkerställa patientsäkerheten har digital signeringslista införts inom hemsjukvård/hemtjänst i december. SÄBO ska införa digital signering i början av 2025.
  - Med digitala medicinskåp och digital signering har endast personal med aktiv delegering tillgång till läkemedel.

### **Fall med skada**

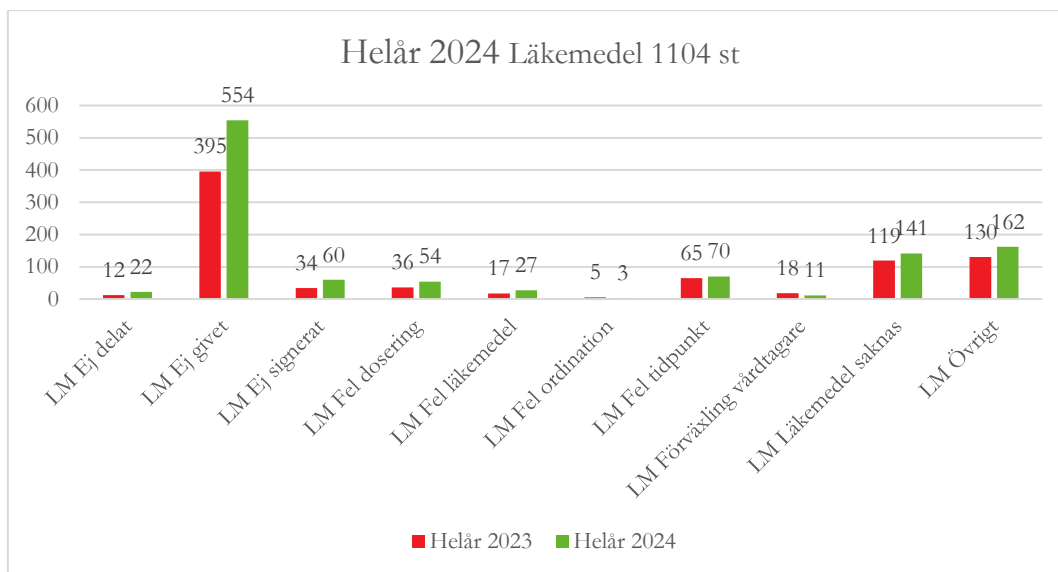
Fall med skada har ökat från 156 till 158 st.

- Från 1 september 2023 registreras inte längre Fall utan skada som en avvikelser i systemet. Fallförebyggande åtgärder tas fortsättningsvis upp på teamträffar.
- Samlad forskning visar att fallprevention är mest effektiv om flera professioner samverkar i team. Rutin *Fallprevention – fallregistrering* finns för att stödja teambaserat, systematiskt arbetssätt.
- Upprätta åtgärdsplan för hur det teambaserade systematiska arbetet enligt rutin ska genomföras.
- Samarbete mellan Förebyggande Enheten och Rehabiliteringsenheten för att nå ut till fler kommuninvånare med preventiva fallförebyggande insatser.
- Gruppträning för balans och benstyrka för personer på dagverksamhet har planerats under 2024 och ska utföras under 2025 av fysioterapeut.
- Arbetsterapeut som ska jobba mot myndighet som stöd till socialsekreterarnas bedömningar har anställts under 2024 och är på plats 2025.

### **Extern samverkan utgående**

Har ökat från 84 till 91 st.

- Regelbundna samverkansträffar mellan region och kommun
- Gemensamma kompetensutvecklingsdagar med regionens hälsocentraler och legitimerad personal på SÄBO/HSV har genomfört vid två tillfällen under året. De har grundat sig på vad som framkom i handlingsplanen efter riskanalysen som genomfördes under 2022/2023



### Analys Läkemedelsavvikelser

67 % av avvikelserna rör läkemedel, en ökning jämfört med 2023 då andelen var 62 %. 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.

Trots att antalet avvikelser gällande läkemedelshandtering är många så har det inte lett till någon allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada.

### Förbättringsarbete avvikelser HSL

- Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltningsnivå är nödvändigt
- Ökat teamarbete mellan enhetschef och legitimerad personal. Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser av enhetschefer tillsammans med legitimerad personal och omvårdnadspersonal på enheten behöver förbättras
- Avvikelse behöver åtgärdas och slutföras av enhetschef inom 2 månader
- Enheter med en hög andel avvikelser behöver göra en riskanalys och se över enhetens rutiner för att minska antalet fel
- Införande av digitala medicinskåp på SÄBO samt digital signeringslista inom hemtjänst och SÄBO
- Fortsatt samverkan på olika nivåer mellan primärvård, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård
- 2023 togs registrering av avvikelser ”Fall utan skada” bort då fokus skulle flytta från registrering av fall till att arbeta mer med fallpreventiva åtgärder. Utvärdering av inriktningsbeslutet behövs.
- Upprätta åtgärdsplan för hur det teambaserade systematiska arbetet med fallprevention enligt rutin ska genomföras.

### 3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm

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

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

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

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

	2021	2022	2023	2024
Synpunkter, klagomål och beröm via webben/skriftligt formulär/mail	2	4	8	4
Klagomål via IVO	0	4	3	0
Tillsyn från IVO gällande HSL	2	1	0	0
Klagomål via Patientnämnden	6	4	1	1

Fyra synpunkter/klagomål/beröm har inkommit rörande Läkemedel (1), Utförande av insats (2) och övrigt (1).

Inga klagomål från IVO har inkommit under året.

IVO har under 2024 inte genomfört någon tillsyn

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2024 finns ett ärende till kommunen gällande urinstämna (1).

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

### 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

#### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

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



## Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Ingen granskning har genomförts under 2024 men IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under hösten 2022 genomför myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO i Hudiksvalls kommun. Tillsynen innefattade en granskning av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, enkäter som besvarades av sjuksköterskor och patienter, intervjuer med sjuksköterskor och patienter samt ledning.

Granskningen visar att det finns brister inom fyra områden:

1. Individuell bedömning och kompetens
2. Kontinuitet och dokumentation
3. Läkemedelshantering
4. Vård i livets slutskede

Förvaltningen har under 2024 jobbat vidare med följande åtgärder:

HSL har utarbetat ett nytt läkemedelsdelegeringsmaterial till basutbildningen för omvårdnadspersonal och testat materialet på undersköterskor inom äldreomsorgen. HSL har kompletterat materialet med ett nytt test från Apoteket. Det nya materialet har slagit väl ut då ca 87% av sommarvikarierna som delegerades inför sommaren 2024 klarade delegeringstestet. Sommar 2023 var det ca. 40% som klarade delegeringen. I basutbildningen ingår också utbildning i SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) för att säkerställa god informationsöverföring så att sjuksköterska får information av omvårdnadspersonal för att göra omvårdnadsbedömning. Inför 2025 kommer digital signering att införas på särskilt boende, har införts inom hemtjänsten 2024.

En dokumentationsgrupp med dokumentationsstödjare finns inom HSL för att ständigt utveckla dokumentationen. Inom äldreomsorgen finns dokumentationsstödjare på respektive enhet/avdelning och dokumentationen utvecklas.

Inom äldreomsorgen har ett mindre språkprojekt pågått men avslutats för att invänta Socialstyrelsens rekommendationer. Nytt arbete har påbörjats tillsammans med HR, vuxenutbildningen, Rekrytering och bemanning, äldreomsorgen, funktionsnedsättning och HSL. Arbete som påbörjats är att få till bland annat en organisation så att insatta åtgärder fortsätter inom verksamheterna efter språksatsning. En hållbar utveckling för att säkra goda kunskaper i svenska språket som ska implementeras inom äldreomsorgen och som ska bygga på befintliga språkombud samt att fler språkombud ska utbildas.

Vi har hög andel undersköterskor inom äldreomsorgen och ”Rekryteringsstrategin” som pausades under senare delen av pandemin ska utarbetas i ny tappning med start i januari 2025. Syftet är att säkra undersköterske- och vårdbiträdeskompetensen både

inom HSL, äldreomsorgen och funktionsnedsättning. Kontinuiteten bland omvårdnadspersonal samt legitimerad personal kopplas samman med sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron inom äldreomsorgen och HSL har inte gått att följa på grund av byte av lönesystem. En uppfattning är att sjukfrånvaron fortfarande är hög inom äldreomsorgen och till viss del inom HSL vilket påverkar kontinuiteten då fler vikarier behövs som ersättare. HSL har tillsammans med äldreomsorgen, funktionsnedsättning och Rekrytering och bemanning introduktionsdagar för sommarvikarier för att ”klä” på vikarierna kunskap för uppdraget.

Handledare utbildas både inom HSL och äldreomsorgen för att säkerställa bra praktikplatser.

När det avser den palliativa vården inom särskilt boende finns ett samarbete i teamet där sjuksköterskan informerar det medicinska- och omvårdnadsbehovet till omvårdnadspersonal samt enhetschef. Enhetschef sätter in extravak där behov finns. Rutin finns så att sjuksköterska inte ska påbörja palliativa åtgärder utan läkarkontakt. Rutinen innebär att läkare och sjuksköterska följer upp 1g/mån efter läkarens brytpunktssamtal och omgående vid eventuell förbättring av patientens allmäntillstånd. Enligt primärvårdens chefsläkare ska kontakt med läkare inte behöva tas om att injektionsbehandling påbörjas om uppföljning skett 1 g/mån enligt rutin. Dokumentation av brytpunktssamtal sker av läkare samt av sjuksköterska där sjuksköterskan dokumenterar att läkare haft brytpunktssamtal. Brytpunktssamtalen ligger fortfarande lågt i Palliativa registret, där finns fortfarande arbete att göra.

## **Informationssäkerhet**

Avvikelse eller risk för avvikelser rapporteras i avvikelssystemet, dessutom görs en felanmälan till berörd enhet via E-tjänst eller e-post.

Under året har 22 personuppgifter rapporterats in och hanterats inom social – och omsorgsförvaltningen. Några av dessa har inträffat hos annan förvaltning men avser social- och omsorgsförvaltningen. De personuppgiftsincidenter som rapporterats in enligt GPDR rör felaktig hantering av utskrifter och fysiska brev.

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

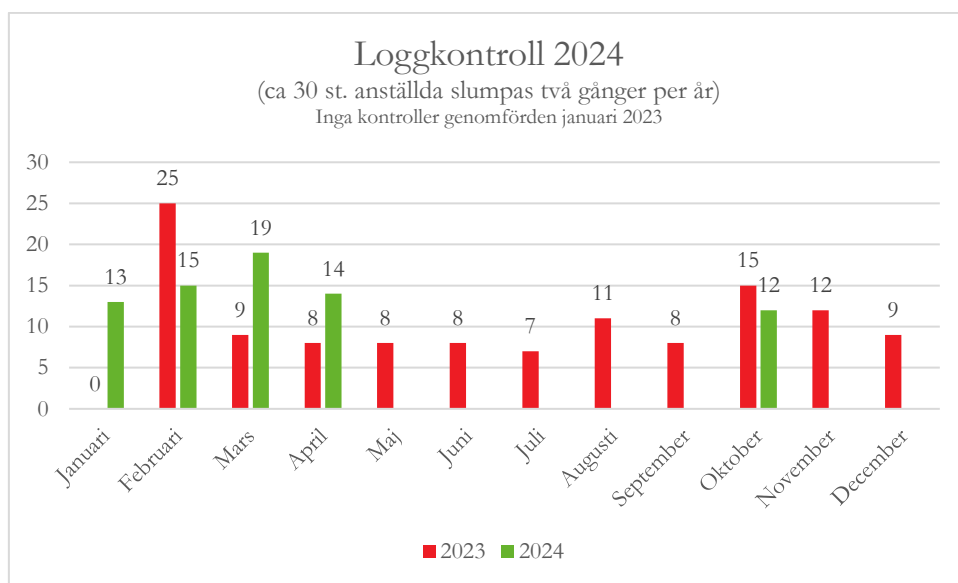
Under året har arbete med konsekvensbedömningar prioriterats och genomförts för att garantera rätt säkerhetsnivå för personuppgiftsbehandlingar inom det kommunala hälso – och sjukvårdsområdet.

Digitaliseringsteamet hos social- och omsorgsförvaltningen ser över informationen i ledningssystemet och tittar på olika system för att förbättra säkerhet och kvalitet.

## Loggkontroller (gäller hela förvaltningen)

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

Från maj 2024 ändrades rutinen från kontroll varje månad till kontroll två gånger per år, i april och oktober. Systemförvaltare tar fram en logglista på 5 % slumpmässigt utvalda personer med behörighet i Treserva och skickar till ansvarig chef. Ansvarig chef genomför loggkontroll samt utreder misstänkt olovlig hantering.



### Analys Loggkontroller

40 % av de slumpmässigt utvalda kontrollerna har registrerats under tertial 3, 12 av 29 st.

### Förbättringsarbete Loggkontroller

- Samtliga loggkontroller måste genomföras och rapporteras av enhetschef
- Rutinen behöver aktualiseras av verksamhetscheferna

## Kontinuitetsplan

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

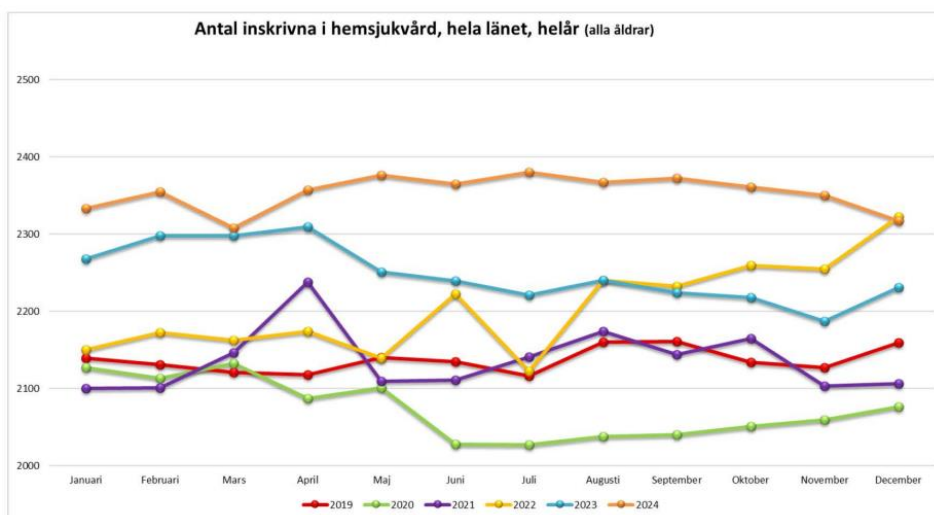
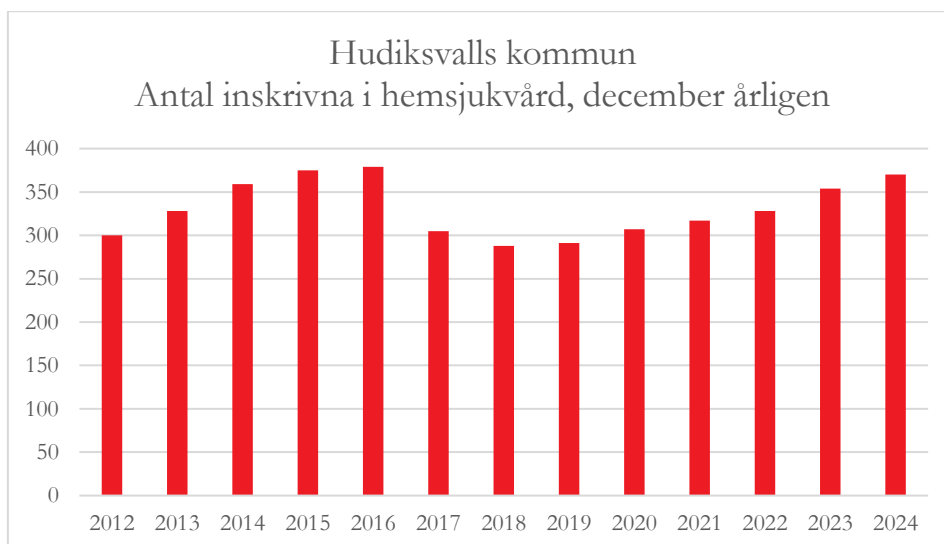
Kontinuitetsplanen beskriver rutiner som används för att säkerställa kontinuiteten i prioriterad verksamhet när en allvarlig operativ störning eller ett avbrott inträffat.

Kontinuitetsplanen har reviderats under hösten 2024.

## Hemsjukvård i ordinärt boende

Antalet inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende har under året varierat mellan 361 och 384 st. när vi månadsvis rapporterat till region Gävleborg. En markant ökning sedan 2023.

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



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

Med reservation för att Social- och omsorgsnämnden kan besluta om andra mål och uppdrag för 2025.

### Nämndens mål och indikatorer 2025

**Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Samhällstjänster av högsta kvalitet**

**Nämndens verksamhetsmål - En attraktiv arbetsgivare**

*Indikator: Andel av våra medarbetare som upplever att vi är en attraktiv arbetsgivare – mål (70 %)*

**Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter**

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

**Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter**

**Nämndens verksamhetsmål - Fokusera på rätt saker som ger effekt**

*Indikator: Brytpunkt hemtjänst-särskilt boende (Koll på äldreomsorgen), mål (25 %)*

**Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Bidra till ekologisk, ekonomisk och social hållbarhet**

**Nämndens verksamhetsmål - Öka förebyggande och tidiga insatser i alla målgrupper**

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

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

### Internkontroll 2025

Rutin/ process	Kontrollmoment	Metod	Risk och väsentlighet	Frekvens
Läkemedels- hantering inom vård och omsorg	Hur påverkar digital signering antal avvikelser	Statistik	3*4 Riskvärde: 12	1 ggn

Vårdpreventivt arbete	Följsamhet till arbetssätt utifrån senior alert (verktyg för att stödja vårdprevention)	Uppföljning av arbete enligt senior alert Statistik	4*4 Riskvärde: 16	1 ggn
-----------------------	---	---	----------------------	-------

## Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2025

Inga uppdrag från kommunfullmäktige till HSL under 2024.

## Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2025

- Strategi för digitalisering inom förvaltningen
- Ta fram en handlingsplan för att förbättra patientsäkerheten utifrån upplevd språkförbistringsproblematik

## Egna mål och strategier 2025

### Egna mål 2025

Utifrån kommunfullmäktiges och nämndens mål: En attraktiv arbetsgivare, Ökad kvalitet i våra verksamheter, Fokusera på rätt saker som ger effekt, Öka förebyggande och tidiga insatser i alla målgrupper.

### Fallprevention

**Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör fall med skada, av totala antalet HSL avvikelser - mål 5 %

### Läkemedel

**Indikator:** Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 25 %

**Indikator:** Andel enheter som genomfört extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - mål 100 %

### Kvalitetsregister

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

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

**Indikator:** Andel registrerade personer i palliativregistret som har fått ett dokumenterat brytpunktsamtal - mål 98 %

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

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

## Hygien

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

**Indikator:** Andel enheter inom äldreomsorg och funktionsnedsättning som genomfört Vårdhygienisk egenkontroll - mål 100 %

## Dokumentation

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

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

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

**Indikator:** Andel sjuksköterskor som genomfört webb utbildningen ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård - mål 100 %

**Indikator:** Andel arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webb utbildningen ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård - mål 100 %

## Förskrivningsrätt

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

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

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

## Skyddsåtgärder

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

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

## Rehabilitering

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

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

**Indikator:** Andel personer nyinskrivna i HSV som har fått bedömning av arbetsterapeut - mål 75 %

**Indikator:** Andel personer nyinskrivna i HSV som har fått bedömning av fysioterapeut – mål 75 %

## Egna strategier 2025

### Åtgärd/aktivitet

Vad	Ansvarig	Status
Processer, rutiner och riktlinjer uppdateras vid behov. Nya processer, rutiner och riktlinjer tas fram vid behov.	MAS MAR VC HSL EC HSL	Pågående arbete
Utvärdering av inriktningsbeslutet som togs 2023 som innebar att registrering av avvikelser ”Fall utan skada” togs bort och fokus skulle flytta från registrering av fall till att arbeta mer med fallpreventiva åtgärder har inte genomförts.  Analys vad det höga antalet ”Fall med skada” beror på.	VC ÄO VC FN VC HSL	Ej påbörjat
Fastställt uppdragsdokument Rehabombud ska finnas. Rehabombud ska vara utsedd på varje enhet av enhetschef.	VC HSL EC HSL	Pågående arbete
Åtgärdsplan för hur rehabiliterande förhållningssätt ska bli ett etablerat arbetssätt bland omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet.	VC ÄO VC HSL	Ej påbörjat
Organisationen kring utbildning i förflyttning och handhavande av lyft behöver ses över. Utbildningen behöver kvalitetssäkras utifrån ett användarperspektiv.	VC ÄO VC HSL	Ej påbörjat
Avvikelser rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelser, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring skyddsåtgärder; Riskanalys, teamarbete, samtycke.	Teamet på enheten	Pågående arbete

Skapa god Vårdhygienisk standard genom att aktivt arbeta med hygienfrågor t ex hygienöverenskommelse och självskattning.	EC	Pågående arbete
Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på förvaltnings- och verksamhetsnivå är nödvändigt	VC	Ej påbörjat
Grundläggande förutsättningar för en säker vård - Säkerhetskulturtrappan	VC HSL	Ej påbörjat
Folkhälsomyndighetens satsning ”Antibiotikasmart Sverige”	VC VC HSL	Ej påbörjat
Digitala medicinskåp installeras på SÄBO	VC HSL	Pågående arbete
Digital signering av läkemedel på SÄBO	VC HSL	Ej påbörjat

#### Ansvar

- Enhetschef ansvarar för hög följsamhet till föreskrifter, riktlinjer och rutiner.
- Enhetschef med hög andel avvikelser behöver göra riskanalys och se över enhetens rutiner för att öka patientsäkerhet och förhindra att det händer igen.
- Introduktionsplan för leg personal ska vara aktuell, gås igenom av utsedd person som är ansvarig för introduktionen samt följas upp av enhetschef.
- En kompetensplan ska finnas för leg personal vilka utbildningar som ska genomföras vid anställning, årligen och/eller med en viss kontinuitet och registreras av enhetschef.
- Utse legitimerad personal för olika ansvarsområden, tex. Senior alert stödjare.

#### Samverkan

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

#### Kvalitetsförbättrande åtgärder för verksamheterna

- Patientsäkerhetsperspektiv i förvaltningen.
- Riskanalys utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv ska genomföras vid förändringar i verksamheten
- Upprätta åtgärdsplan för hur det teambaserade systematiska arbetet enligt rutin ska genomföras
- Fortsätta genomföra riskbedömningar och registrera i Senior alert och Palliativregistret på SÄBO/HSV samt Svedem på SÄBO.
- Riskbedöma och registrera blåsdysfunktion i Senior alert.
- Utbildning i smärtskattning och munhälsobedömning.
- Webbutbildning Förskrivning av förbrukningsartiklar samt Förskrivning av hjälpmedel genomförs av samtliga sjuksköterskor.
- Webbutbildning ICF/KVÅ genomförs av all legitimerad personal för att få en ökad kunskap och förståelse vad begreppen innebär för att underlätta

journalföring och skapa bättre vård för patienter genom strukturerad information.

- Fortsatt arbete med basal hygien och klädregler.

## **Prioriterade utbildningar 2025**

En plan ska finnas för SSK och rehab vilka utbildningar som ska genomföras vid anställning, årligen och/eller med en viss kontinuitet.

Prioriteringar för att upprätthålla en god kvalitet och för att säkerställa patientsäkerheten i Hudiksvalls kommun är:

Interna och externa utbildningar – legitimerad personal

- Inkontinens - SSK (prioriterad 2025)
- Sårvård - SSK (prioriterad 2025)
- Medicintekniska produkter MTP - SSK (prioriterad 2025)
- Delegeringsutbildning SSK (prioriterad 2025)
- Handledarutbildning SSK (prioriterad 2025)
- Dokumentation SSK/rehab - kontinuerligt
- Munhälsobedömning SSK - kontinuerligt
- Hygienombudsutbildning SSK/rehab – kontinuerligt
- BPSD/Svedem SSK/rehab
- Smärtkattning SSK
- Palliativ vård SSK
- Förflyttningsteknik rehab

Webbutbildningar för legitimerad personal:

- Föreskrivning av förbrukningsartiklar SSK (prioriterad 2025)
- Föreskrivning av hjälpmedel SSK/rehab (prioriterad 2025)
- ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård SSK/rehab (prioriterad 2025)
- Läkemedelshantering SSK
- Senior alert SSK/rehab
- Basala hygienrutiner och Vårdhygien SSK/rehab
- Diabetes SSK
- Demens ABC, ABC+ SSK/rehab
- Palliation ABC SSK/rehab
- Sepsis SSK

## **Framtida utmaningar**

- Den demografiska utvecklingen.
- Rekrytera och behålla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och utbildade undersköterskor.

- Omställningen till Nära Vård - förskjutning av hälso- och sjukvård från den slutna vården till den primära vården, både regionens hälsocentraler och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Förändrat arbetssätt
  - Kommunal primärvård
  - Uppgiftsförskjutning till andra aktörer
  - Införande av välfärdsteknik.
  - Personcentrerad vård och omsorg
- Samverkan mellan hälsocentralens rondande läkare och kommunens sjuksköterskor.
- Ett förbättringsområde i förvaltningen är att skapa en samsyn och förståelse mellan verksamhetsområden som verkar runt den gemensamma patienten och våra respektive åtaganden
- Ett förbättringsområde i förvaltningen är att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.
- Att få till en välfungerande teamsamverkan på alla enheter för att skapa en helhetssyn och på så vis ge bästa möjliga vård och omsorg.
- Genomföra personcentrerad demensvård där det är den demenssjuke som står i centrum.

Ju mer du vet desto enklare att prioritera och fatta rätt beslut.

