



Hudiksvalls
kommun

Dnr SOM 2024-34-779

Patientsäkerhetsberättelse

för Hudiksvalls kommun 2023



2023-02-26

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.

De identifierade insatser utifrån SKR:s analysverktyg Patientsäkerhet som ledningsgrupp HSL kom fram till 2022 har följts upp 2023 och lagts till i verksamhetsplan HSL för 2024.

Från hösten 2022 är hälso- och sjukvård ett eget verksamhetsområde med verksamhetschef HSL och fyra enhetschefer. Under 2023 tillkom Trygg hemgång.

Som en del i en nationell inspektion kopplat till pandemin har under hösten 2022 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört inspektioner i kommunen. IVO bedömde att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 21 december 2022 inte var tillräcklig inom följande områden: kontinuitet, tillgång till information vid vård i livets slutskede samt att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare. IVO bedömde även att det saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp. Svar ska lämnas i början av 2024.

Under 2023 togs ett inriktningsbeslut för det fallpreventiva arbetet av verksamhetschefer SOM. Fokus ska 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 2023 påbörjades ett arbete av rehab och MAR, att ta fram utbildnings- och informationsmaterial i rehabiliterande förhållningssätt för omvårdnadspersonal i hemtjänsten. Arbetssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet, det främjar aktivitet och rörelse och att individen bibehåller sin fysiska hälsa längre.

En annan fallpreventiv åtgärd som arbetsterapeuter och fysioterapeuter på rehabenheten utför är nybesök med syftet uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede. Det har pågått några år på vård- och omsorgsboende, men under 2023 infördes det också för patienter inskrivna i hemsjukvården.

Efter en ökning av händelser med saknade narkotikaklassade läkemedel finns en plan att samtliga enheter på vård- och omsorgsboende får digitala medicinskåp med loggfunktion samt införande av läkemedelsautomater på tre områden i hemtjänsten. Dessutom planeras införande av digital signering vid administrering av läkemedel.

Under 2024 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 2023.....	8
Internkontroll 2023.....	9
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2023	9
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2023.....	9
Egna mål och strategier 2023.....	9
Nya författningar inom hälso- och sjukvård.....	13
2.1.2 Organisation och ansvar	13
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	14
Informationssäkerhet	16
2.2 En god säkerhetskultur	17
Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.....	17
Avvikelser.....	17
Delegering.....	17
Dokumentation	18
Egenkontroll.....	18
Hjälpmedel.....	19
Informationsöverföring	20
Kompetensförsörjning	20
Ledningssystem.....	20
Läkemedel.....	20
Nationella läkemedelslistan (NLL)/Förskrivningskollen.....	20
Nationell patientöversikt (NPÖ)	21
Riskbedömningar/Kvalitetsregister	21
Skyddsåtgärder.....	21
Teamsamverkan	21

Riskanalys.....	21
2.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	22
Prioriterade utbildningar 2023	22
2.4 Patienten som medskapare.....	23
3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD	23
Nämndens mål och indikatorer 2023.....	24
Egna mål och strategier 2023.....	24
Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering.....	27
Teamsamverkan	27
Skyddsåtgärder.....	28
Nybesök	30
Förskrivarutbildning - hjälpmedel.....	31
Uppföljning av lyftselar.....	31
Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt hjälpmedel	31
Internkontroll	32
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	33
Händelser och vårdskador.....	34
Vårdskador - Trycksår.....	34
Vårdskador - KAD/UVI behandling	36
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	37
Läkemedelsgenomgångar.....	37
Kvalitetsregister.....	37
Senior alert	38
Svenska palliativregistret	40
Demensteamet.....	42
BPSD registret.....	43
Stjärnmärkt.....	44
Svedem (Svenska demensregistret)	45
Basala hygienrutiner och klädregler.....	45
Vårdhygienisk egenkontroll.....	47
Hygienrond.....	50
Självskattning.....	50

PPM-HALT	50
Neuroleptika – övriga läkemedel.....	53
3.3 Säker vård här och nu.....	54
3.3.1 Riskanalys.....	54
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	54
Lex Maria	54
Strukturerad journalgranskning.....	55
3.4.1 Avvikelser.....	55
Fallprevention.....	59
3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm.....	60
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	61
Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	61
Informationssäkerhet	61
Kontinuitetsplan	62
Strukturerade loggkontroller (gäller hela förvaltningen)	62
Hemsjukvård i ordinärt boende.....	63
4. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	64
Nämndens mål och indikatorer 2024.....	64
Internkontroll 2024.....	64
Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2024	64
Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2024.....	64
Egna mål och strategier 2024.....	65
Egna mål 2024.....	65
Egna strategier 2024	67
Framtida utmaningar	68

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, se sid.24

Nämndens mål och indikatorer 2023

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter

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

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

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

Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter

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

Mål: Samhällstjänster av högsta kvalitet

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

Internkontroll 2023

Rutin/ process/ system	Kontroll- moment	Kontroll- metod	Risk- o väsentlighets bedömning	Frekvens
Vård och omsorg vid demenssjukdom	Andel av prioriterade rekommendationer 1–2 i nationella riktlinjen som uppfylls	Granskning	3*3 9	1 ggr/år
Medicinhantering inom vård o omsorg	Att anställda som hanterar medicin har aktuell delegering	Stickprov	4*4 16	1 ggr/år
Systematiskt arbete med avvikelser	Slutförs avvikelser inom två månader med dokumenterade åtgärder	Totalundersökning, 3 perioder	4*3 12	3 ggr/år
Hantering av personuppgifter	Genomförs och återrapporteras loggkontroller enligt rutin	Totalundersökning	3*3 9	3 ggr/år

Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2023

Inga uppdrag från kommunfullmäktige till HSL under 2023.

Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2023

- Kontinuitetsplaner för verksamheterna

Egna mål och strategier 2023

En samlad analys redovisas under Egna mål och strategier, se sid.24

Egna mål 2023

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

Teamsamverkan

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

Fallprevention

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

Läkemedel

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

Kvalitetsregister

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

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

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

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

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

Hygien

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

Dokumentation

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

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

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

Förskrivningsrätt

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

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning 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 %

Indikator: Att webbutbildning om hjälpmedel tas fram - mål 100 %

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

Egna strategier 2023

Åtgärd/aktivitet

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

Ansvar

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

Samverkan

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

Kvalitetsförbättrande åtgärder

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

Framtida utmaningar

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

Nya författningar inom hälso- och sjukvård

- Lag (2022:1250) om egenvård – trädde i kraft 1 januari 2023
- Lag (2022 :913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – trädde i kraft 1 januari 2023

2.1.2 Organisation och ansvar

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

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har 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. Läns gemensamma överenskommelser finns.

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

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

Sedan 2020 har länets MAS/MAR haft regelbundna möten med länets smittskydd och vårdhygien.

Länets MAS/MAR har regelbundna träffar med primärvårdens chefläkare.

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

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

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

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

Enhetschefer HSL i Hälsingland träffas regelbundet.

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

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

Avtal finns om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg.

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.

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

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

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

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

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.”



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.61

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 2023 har arbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:

Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

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

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

Arbetet utmynnade i en handlingsplan som ligger till grund för fortsatta prioriteringar av förbättringsområden 2024.

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 dokumentationsstödare 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 1008 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 720 personer med 2987 vårdåtgärder. En ökning sedan föregående år.

Egenkontroll

Egenkontroller genomförs av MAS/MAR.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Synpunkter, klagomål och beröm	3 gånger per år	Synpunktshanteringssystemet IVO Patientnämnden
Kvalitetsregister	3 gånger per år	Senior alert-registret Svenska palliativregistret BPSD-registret/SveDem

Vårdskador: Trycksår, kateter (KAD) och urinvägsinfektion (UVI)	2 gånger per år	Enkät
Hygienronder	Löpande	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-BHK v.11–12 PPM-HALT v.46–47 Vårdhygienisk egenkontroll Självskattning
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll Extern kvalitetsgranskning
Dokumentation	1 gång per år Löpande under året	Kollegial journalgranskning Strukturerad loggkontroll
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
Teamsamverkan omvårdnadsträff	1 gång per år	Enkät

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

Hjälpmiddel

Organisationen kring hjälpmedel har sedan 2020 en regional hjälpmedelssamordnare som arbetar för samordning av hjälpmedelsfrågor för länets kommuner och Region Gävleborg. Hjälpmedelsrådet hanterar övergripande hjälpmedelsfrågor och i detta ingår hjälpmedelssamordnaren. I länet finns även en hjälpmedelsgrupp där MAR ingår som representant. Hjälpmedelsgruppens huvuduppdrag är den gemensamma hjälpmedelshandboken. Under 2023 har bland annat de länsövergripande rutinerna för hjälpmedel reviderats och riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning har upprättats och reviderats.

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

2023 har sjuksköterskor och sjuksköterskechefer involverats i arbetsgruppen för att diskutera specifika frågor.

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

Informationsöverföring

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

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

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

Kompetensförsörjning

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

Ledningssystem

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

Nya lagar, föreskrifter, riktlinjer, rutiner går igenom vid MAS/MAR träffar med legitimerad personal 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 vård och omsorgsboende samt i samband med inskrivning i hemsjukvård.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

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

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

Riskbedömningar/Kvalitetsregister

Senior alert, BPSD och SveDem används för att 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-/begränsningsåtgärder inte förekommer.

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

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

Teamsamverkan

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

Risikanalys

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

Syftet med risikanalys 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.

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

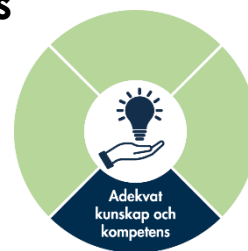
En samlad analys redovisas under rubriken Säker vård här och nu – Riskanalys, se sid.54

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

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

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

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



Prioriterade utbildningar 2023

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

Interna och externa utbildningar – legitimerad personal

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

Webbutbildningar – legitimerad personal ska ha genomfört utbildningarna:

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

Ansvarsområden

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

2.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



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

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

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

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

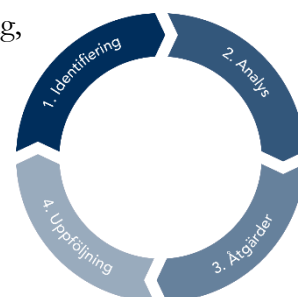
3. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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

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



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

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

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 2023

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

Indikator	2020	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel personer med HSV/SÄBO som har en aktuell riskbedömning i Senior Alert (Trycksår, fall, undernäring)	46,5 %	36,8 %	64,3 %	52,7 %	85 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.38

Mål: Ökad kvalitet i våra verksamheter

Indikator	2020	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel med korrekt i samtliga 8 steg i mätning PPM-BHK (basala hygienrutiner och klädregler, SÄBO)	47,8 %	77,8 %	70,4 %	70,2 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer - PPM-BHK (Punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner och Klädregler), se sid.45

Egna mål och strategier 2023

Mål och strategier för kommande år se sid.65

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

Indikator	2020	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel registrerade risker för trycksår, undernäring, fall, munhälsa som har en åtgärdsplan vid risk	93 %	91 %	83 %	83 %	100 %

En samlad analys redovisas under rubriken Tillförlitliga och säkra system och processer – Senior alert, se sid.38

Mål: 100 % av nyinflyttade personer på vård och omsorgsboende och 50 % av inskrivna i hemsjukvården har fått ett nybesök

Indikator	2020	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	26 %	92 %	97 %	98 %	100 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	46 %	87 %	77%	79 %	100 %
Andel personer inskrivna i HSV som fått bedömning av arbetsterapeut inom 30 dagar				32 %	50 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom 30 dagar				33 %	50 %

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

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

Läkemedel

Indikator: Andel HSL avvikelser som rör läkemedel, av totala antalet HSL avvikelser - mål 50 % **Resultat:** 62 %

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

Kvalitetsregister

Indikator: Andel registrerade personer i palliativregistret som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan - mål 90 % **Resultat:** 49 %

Indikator: Andel registrerade personer i palliativregistret som har smärtskattats sista levnadsveckan - mål 100 % **Resultat:** 44 %

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

Dokumentation

Indikator: Andel legitimerad personal som genomfört journalgranskning - mål 75 % **Resultat:** Ingen journalgranskning har genomförts av fysioterapeuter och arbetsterapeuter under 2023.

68,7 % av sjuksköterskeenheter har genomfört journalgranskning under 2023.

Förskrivningsrätt

Indikator: Andel legitimerade arbetsterapeuter/fysioterapeuter som genomfört webbutbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %

Resultat: 100 %

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

Skyddsåtgärder

Indikator: Andel genomförda riskanalyser innan insättande av skyddsåtgärd - mål 100 % **Resultat: SÄBO 63 %, FN 91 %.**

Indikator: Andel åtgärder där samtycke till skyddsåtgärd finns - mål 100 % **Resultat: SÄBO 65 %, FN 97 %.**

Hjälpmedel

Indikator: Andel genomförda uppföljningar på ordinerade lyftselar - mål 100 % **Resultat: 94 %**

Indikator: Att webbutbildning om hjälpmedel tas fram - mål 100 % **Resultat: 0 %, ingen utbildning togs fram under 2023**

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

Resultat: 0 %, ingen utbildning togs fram under 2023

Egna strategier 2023

Åtgärd/aktivitet

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

Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

I mitten av februari 2023 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. Fokus 2023 har varit narkotikahanteringen med stickprov på samtliga enheter. Förbrukningsjournaler för narkotikaklassade läkemedel finns upprättade.

Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg samt andra dokument som rör läkemedelshantering är reviderad april 2023. Enhetschef ansvarar för att de av MAS upprättade rutinerna följs samt att åtgärder efter granskningar åtgärdas.

Förbättringsarbete Kvalitetsgranskning Läkemedelshantering

Åtgärder som ska genomföras är:

- lokal arbetsordning ska vara känd och följas av omvårdnadspersonal och sjuksköterskor
- översyn och hållbarhetskontroll av läkemedelsförråd varje månad, 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)
- narkotikakontroll i läkemedelsförråd ska genomföras varje månad och ny narkotikakontrollant ska utses av enhetschef när någon slutar
- narkotikakontroll genomförs men är inte spårbara månadsvis i förbrukningsjournal eller på annat lämpligt dokument
- kontroll och dokumentation av temperatur i kyl och rum där läkemedel förvaras ska genomföras och finnas beskrivet i den lokala arbetsordningen
- regelbundet byta kod till kodlås
- avvikelser ska skrivas om läkemedelsordinationer är otydliga samt vid fel i vårdens övergångar

Övrigt

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

Teamsamverkan

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

Ingen egenkontroll har genomförts under 2023.

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 vård och omsorgsboenden samt grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning ska utföras av alla enhetschefer två gånger per år, v. 12 och v. 38.

Vecka 12

77%, 10 av 13 vård och omsorgsboenden genomförde egenkontroll v 12: Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Håsta 1, Håsta 2, Tunbacka, Fredens kulle, Edshammar, Månsbacken och Forsagården.

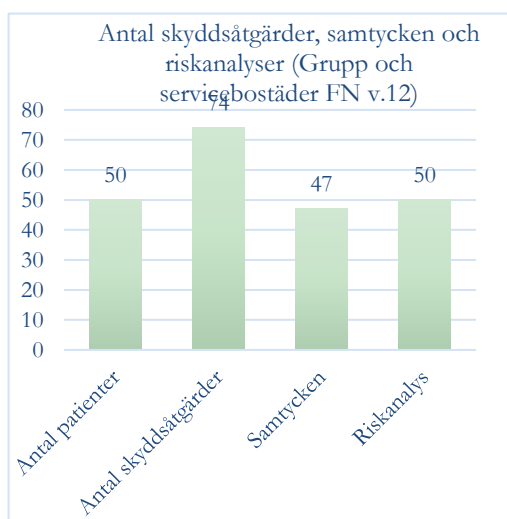
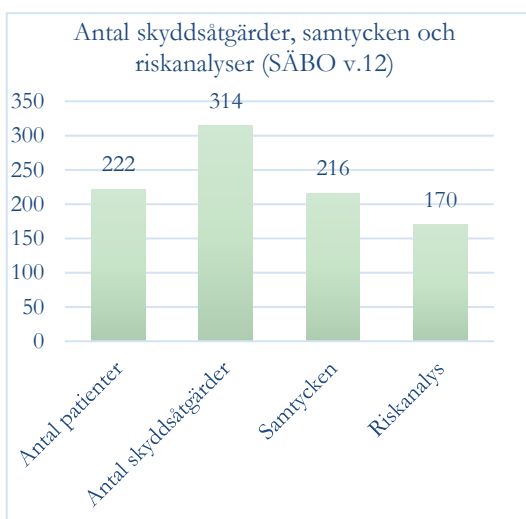
85%, 17 av 20 grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning genomförde egenkontroll v.12. Dessa var Byvägen, Granebo, Heleneborg, Kolmo, Lastagegatan, Namsos, Hattmakaren, Kristinebergsvägen, Furulund, Iggebo, Rödebo, Forsa Lund, Kapellvägen, Sunnansjö, Backavägen, Sofiedal och Trapphuset.

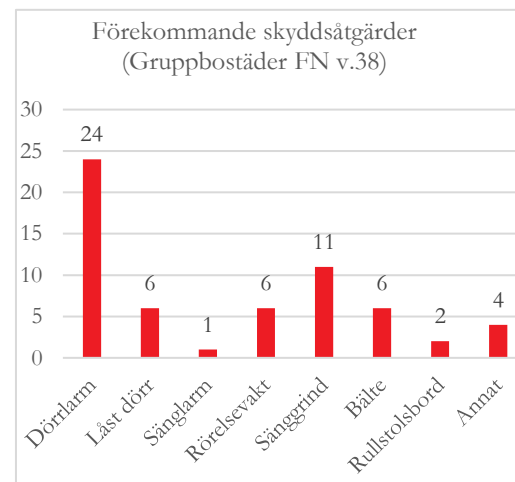
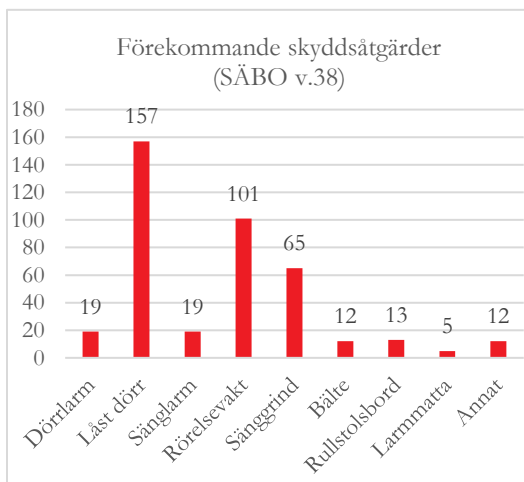
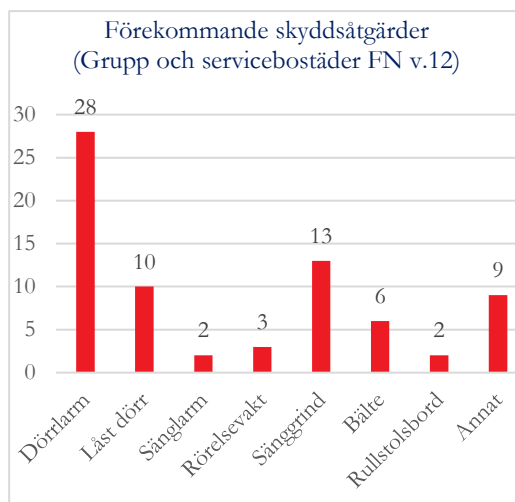
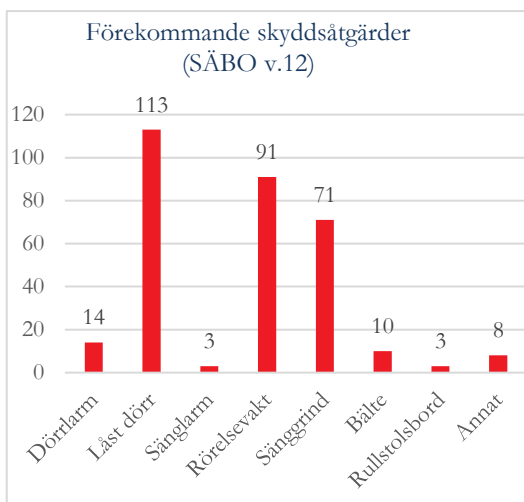
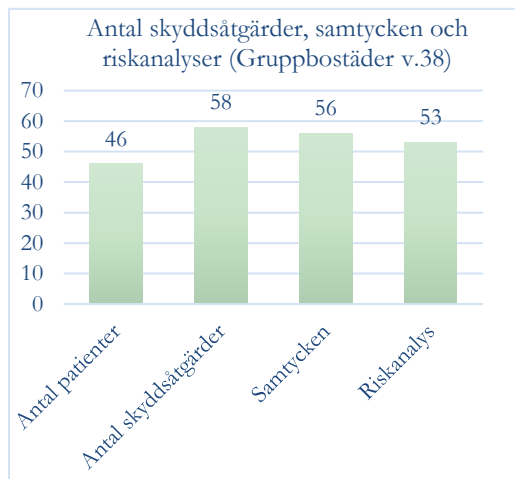
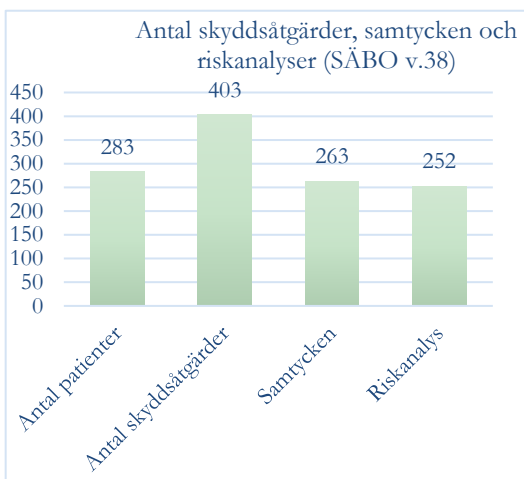
Vecka 38

85%, 11 av 13 vård och omsorgsboenden genomförde egenkontroll v 38: Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Håsta 1, Håsta 2, Fredens kulle, Edshammar, Frejagården, Månsbacken, Forsagården och Ingsta.

94%, 15 av 16 grupp- och servicebostäder inom funktionsnedsättning genomförde egenkontroll v.12. Dessa var Byvägen, Granebo, Heleneborg, Kolmo, Lastagegatan, Kristinebergsvägen, Furulund, Iggebo, Rödebo, Forsa Lund, Kapellvägen, Djupedal, Sunnansjö, Backavägen och Sofiedal.

Sammanställningar baseras på de boenden som deltagit i egenkontroll.





Analys Skyddsåtgärder

Vid vårens mätning hade 272 personer på vård- och omsorgsboende samt gruppboende sammanlagt 388 skyddsåtgärder och på hösten hade 329 personer 461 skyddsåtgärder.

Vård och omsorgsboende: Vid vårens mätning hade riskanalys gjorts för 54 % av skyddsåtgärderna, på hösten hade det ökat till 63%. Samtycke fanns hos 69% av patienterna i våras och i höstas 65% av alla skyddsåtgärder på de enheter som deltog i egenkontrollen.

Gruppbestäder: På våren föregicks 78% av skyddsåtgärderna av en riskanalys och på hösten 91%. Samtycke fanns hos 64% av patienterna i våras och 97% på hösten.

Förbättringsarbete Skyddsåtgärder

- Det systematiska arbetet kring skyddsåtgärder behöver förbättras för att de ska undvikas så långt det är möjligt.
- Rutin *Skyddsåtgärder* finns som stöd i arbetet men behöver fortsatt implementering i verksamheterna.

Nybesök

Nybesök utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut hos de patienter som flyttar in på vård- och omsorgsboende och de som skrivs in i hemsjukvården. Syftet är att uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede.

Indikator	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av arbetsterapeut inom de första tre veckorna	91,9 %	97 %	98 %	100 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom de första tre veckorna	86,7%	77 %	79 %	100 %
Andel personer inskrivna i HSV som fått bedömning av arbetsterapeut inom 30 dagar			32 %	50 %
Andel personer nyinflyttade på SÄBO som fått bedömning av fysioterapeut inom 30 dagar			33 %	50 %

Analys Nybesök

SÄBO: Under 2023 flyttade 147 personer in på vård- och omsorgsboende. Av dessa fick 144 personer (98%) bedömning av arbetsterapeut (AT) och 114 personer (79%) bedömning av fysioterapeut (FT) inom de tre första veckorna från inflytt.

HSV: Under 2023 infördes nybesök för patienter inskrivna i HSV. Under 2023 skrevs 273 patienter in. Av dessa fick 80 personer (32%) bedömning av arbetsterapeut (AT) och 90 personer (33%) bedömning av fysioterapeut (FT) inom 30 dagar.

Egenkontrollen inom HSV har utvecklats under året och kriterierna har ändrats för vilka patienter som nybesöken ska innefatta, vilket kan förklara resultatet. Vid utvärdering av nybesöken har framkommit att de fyller sitt syfte och att positiva effekter har konstaterats bland annat i det fallpreventiva arbetet

Förbättringsarbete Nybesök

- Vidare utveckling av nybesök HSV behöver ske under 2024. En stor del av patienterna på vård- och omsorgsboende har fått ett nybesök på av rehabiliteringspersonal under 2023. Egenkontrollen har pågått under några år och behöver nu utvärderas
- Samordnad information för att motivera patienterna att ta emot nybesök i hemsjukvården
- Ta fram fallförebyggande informationsmaterial att ge till patienterna vid besöket för att säkerhetsställa att alla får samma information.
- Utvärdering av nybesök på vård- och omsorgsboende

Förskrivarutbildning - hjälpmedel

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

Uppföljning av lyftselar

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

Under 2023 har 87 av 93 förskrivna lyftselar inspekterats (94%).

Indikator	2021	2022	2023	Mål 2023
Andel uppföljda lyftselar	97%	93%	94%	100 %

Analys Lyftselar

Under 2023 är andelen lyftselar som inspekterats och följts upp fortsatt hög. I samband med inspektionen har utprovningsprotokollen uppdaterats för 80 av 87 selar. Utöver personligt utprovade lyftselar har i stort sett alla enheternas akutselar inspekterats under året.

För att säkerställa ett systematiskt arbete kring periodisk inspektion av lyftsela, har en rutin upprättats under hösten-23. För att säkra kvaliteten och att personen har rätt typ av lyft och lyftsela förskriven innefattar inspektionen också uppföljning av förflyttningen med lyft.

Förbättringsarbete Lyftselar

- Rutinen ska följas upp under 2024.

Utbildning i förflyttning- och lyftteknik samt hjälpmedel

Under 2023 har 8 stycken undersköterskor som gått instruktörsutbildning i förflyttningsteknik utbildat kommunens omvårdnadspersonal (tillsvidare och månadsanställda), Trygga Hjälps personal, semestervikarier och vårdutbildningarnas elever om förflyttningsteknik, hjälpmedel och handhavande av lyft.

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, men samordnare för utbildningen bedömer att det ökat deltagarantal jämfört förra sommarens utbildningar.

Ordinarie omvårdnadspersonal/månadsanställda/trygga hjälpen

En mer omfattande utbildning i förflyttningsteknik, hjälpmedel och handhavande av lyft ska fortlöpande erbjudas till omvårdnadspersonalen. Under 2023 har utbildningarna erbjudits till personal som inte har gått utbildningen efter 2020 och har skett på rullande schema ett tillfälle i veckan med 12 deltagare, tillfällen som varit fullbokade och fortgår under 2024.

Analys Förflytningsutbildning

Under 2023 har en fastställd utbildningsplan tagits fram, lokal finns och regelbunden utbildning erbjudits. Utbildningstillfällena utnyttjas då de flesta är fullbokade enligt utbildningssamordnare.

Förbättringsarbete Förflytningsutbildning

Organisationen kring utbildning i förflyttning- och handhavande av lyft behöver upprätthållas och nya instruktörer behöver utbildas vid behov. Utebliven utbildning för omvårdnadspersonal kan innebära brister i den kunskap som krävs för att använda och hantera hjälpmedel på säkert sätt i verksamheten.

Internkontroll

Tre internkontroller har genomförts under året.

Demens - Nationella riktlinjer för vård och omsorg

Resultat: En kartläggning har gjorts av de 19 rekommendationer med prioritet 1-2 som riktar sig till kommuner. Kommunen uppfyller sex av rekommendationerna helt eller till stor del och tio till liten del. Tre rekommendationer uppfylls inte alls.

Åtgärder: Ett flertal åtgärder planeras eller har påbörjats utifrån kartläggningen.

- Anställning av en arbetsterapeut på myndighetskontoret kommer möjliggöra utbildningsinsatser när det gäller anpassningar av måltidsmiljö samt individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel.
- Utvecklingsarbete pågår när det gäller multiprofessionellt teamarbete och dokumentation.
- Möjligheten till individuellt anpassat stöd för anhöriga under 18 år ses över.

Aktuell delegering

Resultat: Av de 156 medarbetare som ingick i stickproven hade 11 personer (7 %) hanterat medicin utan aktuell delegering (mars månad).

Jämförelse med stickprov 2021: 19 % av medarbetarna som ingick i kontrollen hade hanterat medicin utan giltig delegering.

Åtgärder. Brister som uppmärksammats kring enskilda medarbetares delegering har omedelbart åtgärdats. Förtydligat ansvarsfördelning, sjuksköterskor. Förtydligat rutin för undersköterskor. Några enheter har lyft in kontrollen i årshjulet för egenkontroll.

Slutförs avvikelser korrekt

Resultat. Under perioden januari-september har 2705 avvikelser registrerats, varav 34% har avslutats inom två månader med registrerade åtgärder. För september månad är resultatet 46 %

Åtgärder. Informationsträffar för olika verksamheter har hållits av socialt ansvarig samordnare (SAS). Rutiner för registrering av avvikelser har förändrats från och med september, bland annat för att ge enhetschefer bättre förutsättningar att arbeta med de viktigaste händelserna. Ett särskilt utvecklingsarbete pågår för Myndighet i samverkan med SAS.

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

	2020	2021	2022	2023
Händelseanalys MAS	2	2	1	5
Händelseanalys MAR	0	1	1	1

Under 2023 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjort fem händelseanalyser rörande Saknade narkotikaklassade läkemedel, Antibiotika, Oväntat dödsfall, Sepsis och Suicidförsök. Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) gjort en händelseanalys rörande trasigt hjälpmedel.

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

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

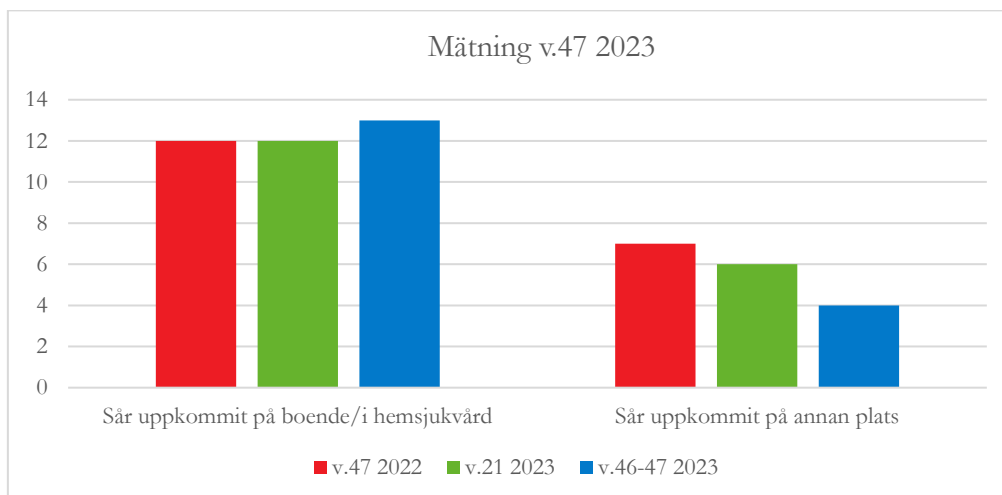
Från hösten 2022 genomför MAS och MAR händelseanalyser utifrån SKR:s analysmetod som är utvecklad för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten.

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

Vårdskador - Trycksår

Andel trycksår

	v.47 2022	v.21 2023	v.47 2023
Sår uppkommit på boende/i hemsjukvård	12	12	13
Sår uppkommit på annan plats	7	6	4



Hur ser såren ut?

	v.47 2022	v.21 2023	v.47 2023
1. Bestående missfärgning av huden	5	7	6
2. Ytlig hudskada	13	14	14
3. Djup hudskada	5	5	14
4. Sårhåla	1	5	8

Analys

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

3 av 32 enheter rapporterade inte i mätningen v.21–2023. Samtliga från HSV.

Av ca 1000 kunder på SÄBO, hemsjukvård och funktionsnedsättning finns 17 med trycksår enligt enkäten under ovanstående vecka, det är en minskning från 18 föregående period. 13 trycksår uppstod på egen enhet och 4 st. på annan plats.

Enligt Senior alert har hittills under 2023 41 personer haft 51 trycksår totalt.

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

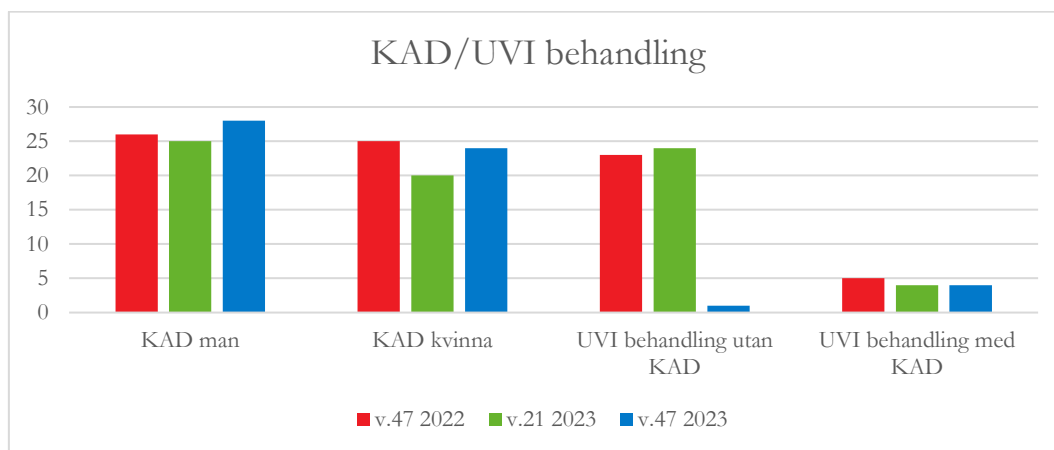
Under året har bara 15 trycksår registrerats i avvikelsemodulen. Trycksår är en undvikbar vårdskada som ska rapporteras och åtgärder vidtas för att det inte ska hända andra på enheten.

Förbättringsarbete Trycksår

- När trycksår uppkommer ska avvikelse skrivas och åtgärder vidtas. 2023 är bara 15 trycksår registrerade som avvikelse.
- Trycksår som uppkommer på sjukhus ska rapporteras som en extern avvikelse.
- Fortsätta genomföra riskbedömningar och registrera i Senior alert för att förebygga trycksår på SÄBO/HSV.
- Funktionsnedsättning kan inte registrera i Senior alert men riskbedömning kan göras ändå, dokumenteras i Treserva. Vårdprocess inleds med åtgärder man kommit fram till.

Vårdskador - KAD/UVI behandling

	v.47 2022	v.21 2023	v.47 2023
KAD man	26	25	28
KAD kvinna	25	20	24
UVI behandling utan KAD	23	24	1
UVI behandling med KAD	5	4	4



Analys KAD/UVI

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

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

Andelen män och kvinnor med KAD har ökat jämfört med föregående mätning. Av dessa hade 4 brukare pågående behandling för urinvägsinfektion, jämfört med 1 av dem som inte hade KAD vilket är positivt.

Förbättringsarbete KAD/UVI

- Delta i den årliga HALT-mätning. Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert en årlig mätning v.47-48 av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT).
- Noggrann hygien för att undvika infektioner.
- Uppföljning med läkare om behov och anledning till kateter.
- UVI behandling ska alltid föregås av ett odlingsvar.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

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



Läkemedelsgenomgångar

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

Kvalitetsregister

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

Verksamheten är inte ansluten till RiksSår - ett verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, webutbildning, rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden.

Senior alert

2023 januari-december

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

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Hudiksvalls kommun	450	92%	78%	83%	62%	51	195	266	143
Edsbacka	35	98%	100%	100%	100%	6	18	93	17
Edshammar	14	86%	67%	100%	0%	4	5	0	5
Forsa rehab	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0
Forsagården	35	93%	50%	45%	48%	4	20	12	10
Fredens kulle	41	93%	89%	89%	51%	4	18	2	15
Fredens kulle korttids	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0
Frejagården	33	96%	53%	47%	45%	2	8	26	11
Håsta	33	94%	55%	55%	0%	1	13	6	14
Ingsta ÅO	21	95%	52%	76%	12%	4	12	7	8
Lyckbacken	25	100%	85%	100%	100%	4	8	29	12
Månsbacken	5	80%	50%	50%	0%	1	3	1	0
Rosenborg	23	81%	97%	100%	100%	2	10	21	10
Trygg hemgång	0	0%	0%	0%	0%	0	0	1	0
Tryggebo ÅO	39	93%	82%	95%	74%	3	14	36	12
Tunbacka	38	89%	65%	71%	33%	4	21	6	14
Hudiksvall Bjuråker Svågadalen hemsjukvård	22	95%	90%	100%	22%	1	9	4	3
Hudiksvall Delsbo hemsjukvård	19	86%	79%	95%	57%	1	10	0	2
Hudiksvall Forsa hemsjukvård	1	100%	0%	0%	0%	0	0	0	0
Hudiksvall Iggesund hemsjukvård	10	90%	78%	78%	0%	2	4	4	2
Hudiksvall Njutånger Enånger hemsjukvård	28	81%	95%	98%	72%	0	10	10	0
Hudiksvall Norr	28	95%	85%	95%	35%	5	11	5	6
Hudiksvall Norrbo Näsvisken hemsjukvård	0	0%	0%	0%	0%	0	1	0	0
Hudiksvall Söder	2	100%	100%	50%	67%	3	1	3	0
Hudiksvall Västra	4	100%	50%	100%	0%	0	2	0	1
Hudiksvall Öster	1	100%	100%	100%	0%	0	0	0	1

Av ca 830 personer >65 år på vård och omsorgsboende - 500 st. och hemsjukvård/Trygg hemgång i ordinärt boende – ca 330 st. finns 450 unika personer registrerade i Senior alert, 54,2 %. Det är en minskning från 549 personer 2022.

83 % av de registrerade personerna har en åtgärdsplan kopplad till risk (515 av 620 riskbedömningar).

Övrig registrering i Senior alert

Trycksår registrerade i Senior alert under 2023

42 unika personer hade under perioden 51 trycksår totalt.

Kategori 1 – 26 st.

Kategori 2 – 17 st.

Kategori 3 – 4 st.

Kategori 4 – 3 st.

Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt – 0 st.

Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt – 1 st.

BMI i Senior alert

195 unika personer hade ett BMI <22.

Fall i Senior alert

96 unika personer har sammanlagt fallit 266 gånger.

Munhälsa/ROAG i Senior alert

199 unika personer har risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3. Hos dessa är 557 riskbedömningar med ROAG-J av munhälsa gjorda.

Grad 2 – Måttliga förändringar/avvikelser som kan åtgärdas av vårdpersonal (332 st.)

Grad 3 – Svårare förändringar/avvikelser som kräver konsultation/remiss till tandvård (108 st.)

Blåsdysfunktion

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning
Hudiksvalls kommun	27	53% ↓ 16 av 30	88% ↓ 14 av 16	81% ↓ 13 av 16	64% ↓ 9 av 14	7% ↑ 1 av 14
Edsbacka	1	100% ↑ 1 av 1	100% → 1 av 1	100% → 1 av 1	71% ↓ 5 av 7	14% ↑ 1 av 7
Edshammar	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Forsa rehab	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Fredens kulle	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Hudiksvall Hemsjukvård	17	35% ↓ 7 av 20	71% ↓ 5 av 7	86% → 6 av 7	33% ↓ 1 av 3	0% → 0 av 3
Håsta	3	67% ↓ 2 av 3	100% → 2 av 2	100% ↑ 2 av 2	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Lyckbacken	4	100% ↑ 4 av 4	100% → 4 av 4	100% → 4 av 4	75% ↑ 3 av 4	0% → 0 av 4
Tunbacka	2	100% → 2 av 2	100% → 2 av 2	0% ↓ 0 av 2	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0

Blåsdysfunktion är ett stort förbättringsområde. Av ca 830 personer >65 år på vård och omsorgsboende - 500 st. och hemsjukvård/Trygg hemgång i ordinärt boende – ca 330 st. finns 27 personer registrerade, 81 % har en åtgärdsplan vid risk.

Analys Senior alert

Ökningen av antalet riskbedömningar som sågs under 2022 har gått tillbaka.

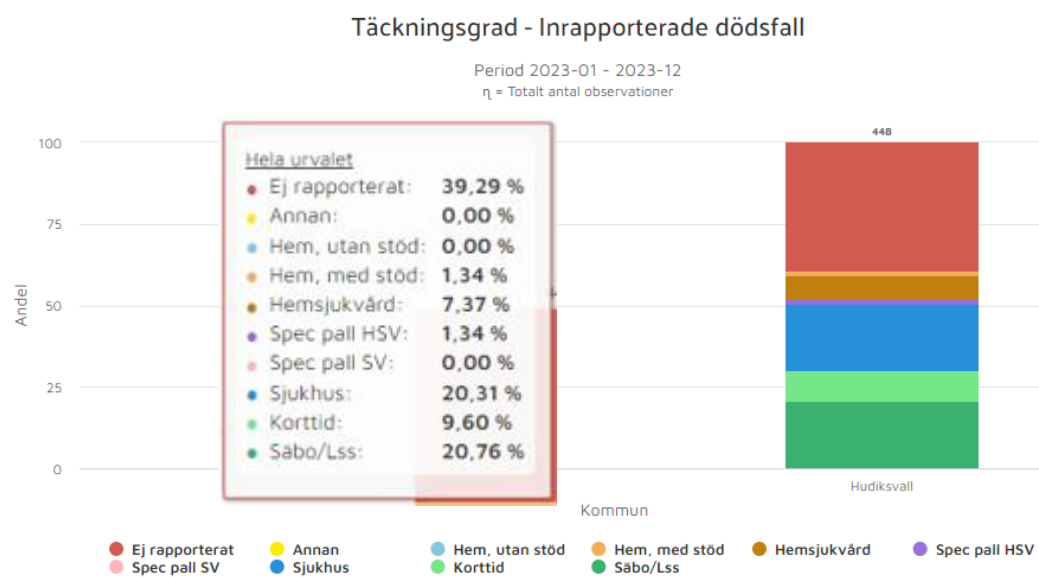
Forsa rehab, Fredens kulle, Pärlan, Håsta, Månsbacken och Trygg hemgång behöver komma igång med bedömningar. Även hemsjukvården i Forsa, Norrbo/Näsviken, Södra, Västra och Östra.

Förbättringsarbete Senior alert

- Utse en Senior alert stödjare med avsatt tid för att bibehålla resultat gällande trycksår, undernäring, munhälsa, fall och blåsdysfunktion
- Ett väl fungerande teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert
- Alla fall, även de utan skada, ska registreras i Senior alert samt journalföras både som viktig händelse i den sociala journalen och i patientjournalen. Fall med skada ska dessutom registreras som avvikelse.
- Systematiskt arbete även med Blåsdysfunktion.
 - Högskolan i Dalarna erbjuder en kurs: Vård och behandling vid blås- och tarmdysfunktion 7,5hp, som några sjuksköterskor behöver gå.
 - Dalarnas hjälpmedelscenter erbjuder en webbaserad utbildning; Förskrivartutbildning – hjälpmedel för urinblåsa/tarm, som samtliga sjuksköterskor ska genomföra.

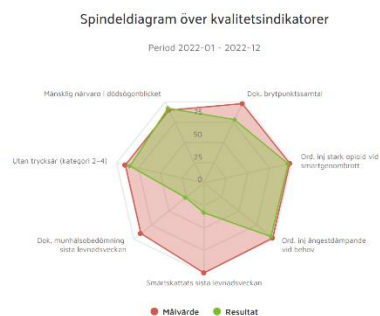
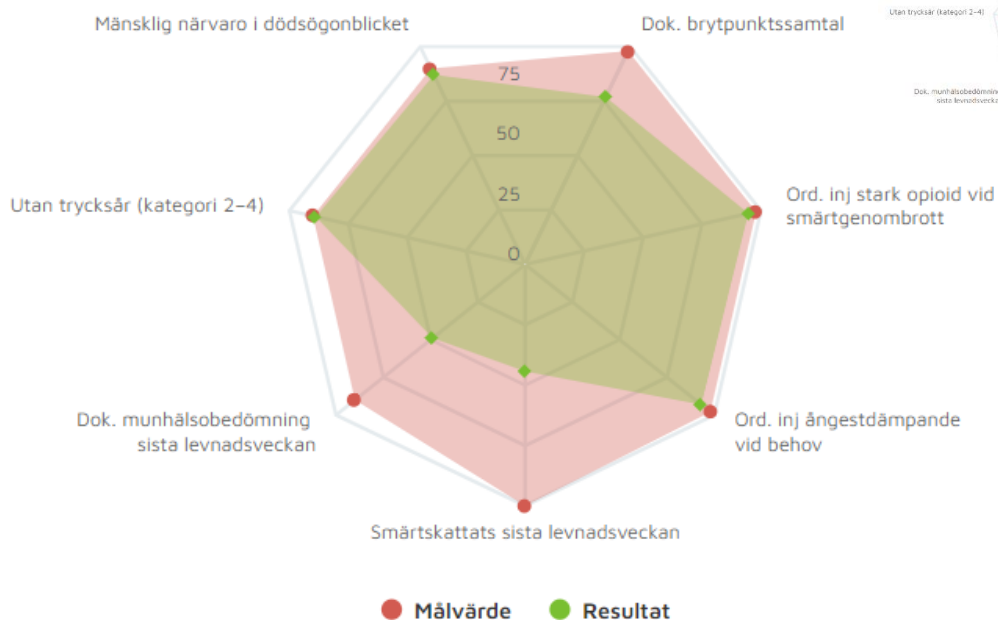
Svenska palliativregistret

Resultat visar avlidna personer folkbokförda i Hudiksvalls kommun. Resultat visar registreringar i både slut- och öppenvård samt kommunen. 303 av 448 dödsfall är registrerade.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	76,9	98	233	303
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	94,7	98	287	303
Ord. inj ångestdämpande vid behov	93,1	98	282	303
Smärtskattats sista levnadsveckan	44,2	100	134	303
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	48,8	90	148	303
Utan trycksår (kategori 2-4)	88,8	90	269	303
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,1	90	264	303

Analys Palliativregistret

38 % har registrerats som avlidna inom kommunal hälso- och sjukvård under perioden och 23 % av regionen.

39 % av dödsfallen är inte registrerade, en minskning från 2022, oklart hur många av dessa som avled inom kommunens verksamhet.

Andel Smärtskattning, Munhälsobedömning och Utan trycksår har förbättrats sedan 2022, övriga parametrar har ökat.

Förbättringsarbete Palliativregistret

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

Demensteamet

Projektet Demensteam upphörde 2023.05.31 men arbetade fram till maj med;

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

Under året har demensteamet tillsammans med Olle Hillström bjudit in kunderna till "Sånger vi minns" på Hälsinglands museum. Vid totalt 17 tillfällen har vi träffats och sjungit tillsammans.

Totalt har demensteamet haft 119 uppdrag som vi till största del har fått från anhöriga, minnesmottagningen och privata hälsocentraler. Demensteamet hade totalt över 1100 kontakter via telefon och mail och gjorde över 260 hembesök.

Handledning

Vi har haft 61 handledningstillfällen på äldreboenden sedan start, varav ett fåtal till personal i hemtjänst. AnnaKarin Möller och Susanne Sundberg fortsätter att handleda i personcentrerat arbetssätt och bemötande när behov uppstår.

Lågaffektivt bemötande (utbildning)

Demensteamet samordnade kontakten mellan verksamheter och utbildare. Anordnade träffar för utbildare och var behjälplig med att tillsammans med utbildarna utforma utbildningsdagarna. Idag har AnnaKarin Möller och Susanne Sundberg den rollen och fram till idag har 130 personal gått heldagsutbildningen. I sommar har vi tillsammans utformat en uppföljande halvdagsutbildning som fram till idag har bokats och planerats in för 2 äldreboenden.

Stjärnmärktsutbildning

Demensteamet har utbildat medarbetare på äldreboenden och Hemtjänst i Stjärnmärkt, vilket är en utbildning som handlar om personcentrerad demensvård

och baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer gällande demensvård och omsorg. Utbildningen är omfattande och består av flera kriterier som ska uppfyllas för att godkännas av Svenskt Demenscentrum. AnnaKarin Möller och Susanne Sundberg fortsätter att arbeta med utbildningen. En del består av att upprätthålla att minst 80% av alla medarbetare på enheterna som är Stjärnmärkta har gått utbildningen, vilket är ett av kriterierna för att vara en fortsatt Stjärnmärkt arbetsplats. Detta gör att det behöver utbildas nyanställd personal när utbildad personal har slutat sin anställning.

BPSD registret

Demensteamet har under våren utbildat 44 medarbetare till administratörer i BPSD registret. Då utbildarna har slutat sin anställning har AnnaKarin Möller och Susanne Sundberg startat träffar för alla utbildade BPSD administratörer i kommunen. Syftet med träffarna är att medarbetarna ska inspirera varandra till att fortsätta arbetet med BPSD registret och även till att administratörerna ska kunna hjälpa varandra att ta fram fungerande rutiner. Vi har haft en träff i september då 29 medarbetare träffades. Tanken är att träffarna ska hållas 4 gånger per år och nästa träff är planerad att ske i februari.

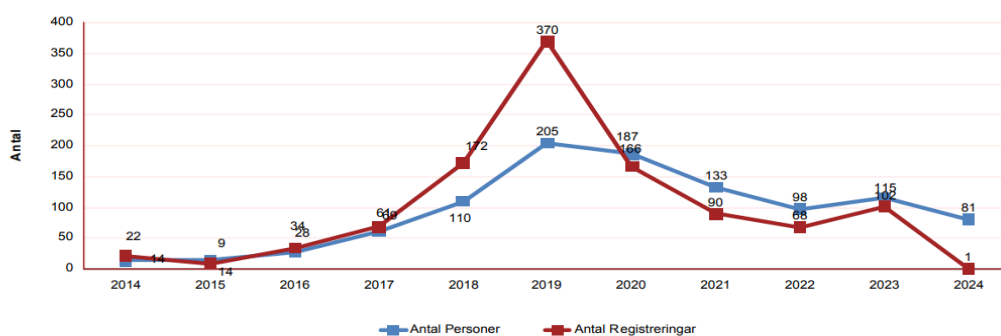
AnnaKarin Möller och Susanne Sundberg arbetar vidare med sina uppdrag gällande utbildningar och handledningar. De arbetar även med att få igång registreringar i SveDem på kommunens boenden, vilket är ett annat kriterium för att vara Stjärnmärkta. De erbjuder även samtalsträffar med medarbetare på boenden där man kan prata och reflektera över arbetssätt och bemötandefrågor som är av stor vikt när det gäller att minimera riskerna för att BPSD symptom ska uppstå. Då de ej längre är ett Demensteam och än inte har något ”projektnamn” så kallar de sig helt enkelt för AnnaKarin och Susanne.

ANTAL REGISTRERADE PERSONER I AKTUELL KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

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

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

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

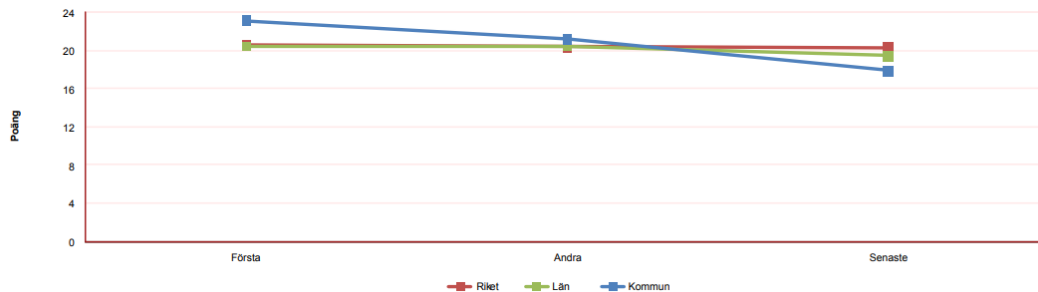


NPI POÄNG ÖVER TID (JÄMFÖRELSE RIKE; LÄN OCH AKTUELL KOMMUN)

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

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

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



Analys BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

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

Förbättringsarbete BPSD-registret

- Arbeta aktivt för att genomföra personcentrerad demensvård där det är den demenssjuke som står i centrum.
- Aktuella bemötande- och kommunikationsplaner
- Team med chef, sjuksköterska, rehab, BPSD-administratör och omsorgspersonal.
- Motivera och över tid stötta BPSD-administratörer, och övrig personal till en god demensvård.
- Utbildning kontinuerligt till olika yrkeskategorier för att kunna bedriva en god demensvård i form av teamarbete.

Stjärnmärkt

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

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

Stjärnmärkt utbildning

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

Svedem (Svenska demensregistret)

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

Efter att arbetsplatserna blivit Stjärnmärkt så ska sjuksköterskorna registrera i SveDem. Hudiksvalls vård och omsorgsboenden har få registreringar 2023.

Följande kvalitetsindikatorer följs också upp: Levnadsberättelse Miljöanpassningar Strategier för bemötande Personcentrerade aktiviteter Antipsykosläkemedel Antal som har läkemedel och Läkemedelsgenomgång senaste 12 månader.

Vård och omsorgsboende	Antal
Edsbacka vård- och omsorgsboende, Hudiksvall	7
Fredens kulle, Hudiksvall	16
Ingsta vård- och omsorgsboende, Hudiksvall	1
Rosenborg, Hudiksvalls kommun	1
Tryggebo, Hudiksvall	2
Tunbacka, Hudiksvall	3

Basala hygienrutiner och klädregler

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

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

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

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

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

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

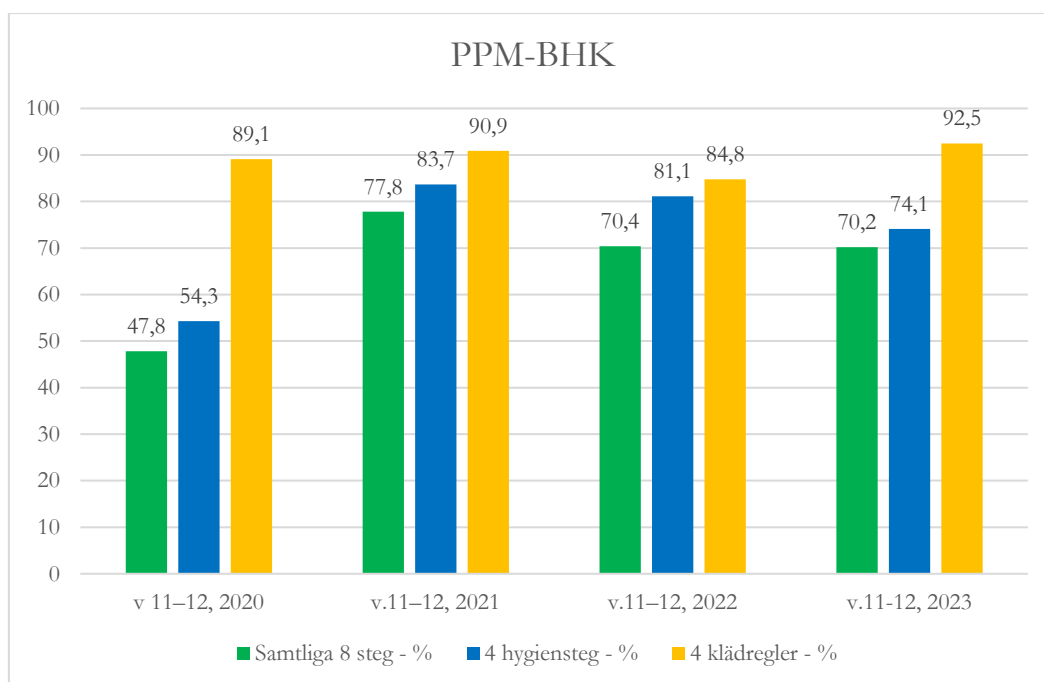
Målet är att samtliga vård och omsorgsboenden ska observera och mäta årligen. Hemtjänst och funktionsnedsättning har svårt att observera i omvårdnadssituationer då de ofta jobbar ensam men kan observera punkterna i *Korrekt handläggning av klädregler* och ta upp resultatet på APT.

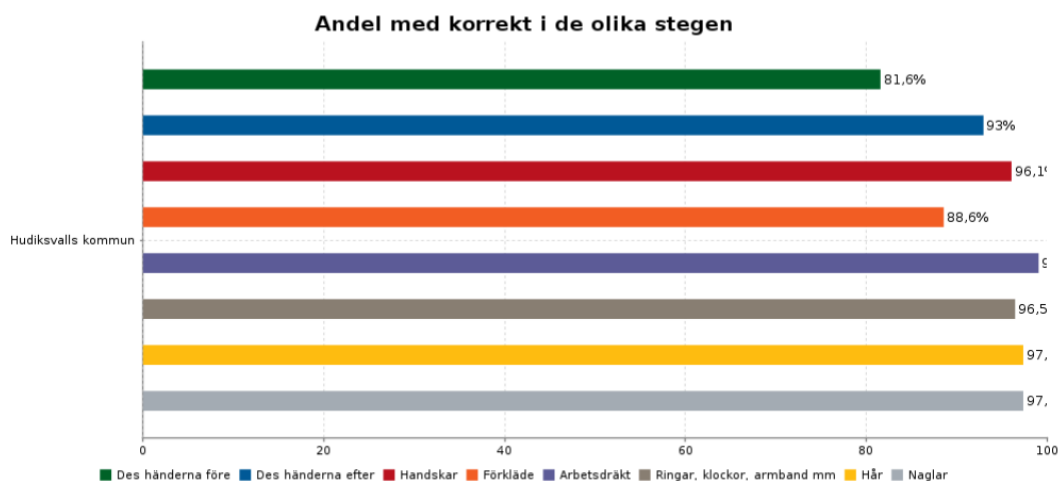
Det är åttonde året mätningen genomförs i Hudiksvalls kommun.

Ordinarie mätning v.11-12 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antal registrerade observationer	48	100	46	405	328	228
Antal enheter	7	8	4	35	34	24

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





Analys PPM-BHK

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i samtliga 8 steg ligger lika som våren 2022 vilket är anmärkningsvärt då vi har haft en pågående pandemi sedan 2020. De 4 hygienstegen har minskat och klädregler ökat.

Följsamheten behöver förbättras 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.

228 observationer har registrerats, en minskning från 328 vid senaste mätningen. 24 av 47 enheter har deltagit, vilket är en minskning från förra mätningen som var 34 enheter.

Lägst är fortfarande Desinfektion av händer före följt av Förkläde, Desinfektion av händer efter och Handskar. En ändring till det sämre i jämförelse med 2022.

Att komma i kontakt med brukare med orena händer är en stor smittspridningsrisk. Även att använda handskar och förkläde när det inte behövs.

Förbättringsarbete PPM-BHK

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

Vårdhygienisk egenkontroll

Andel svar

Samtliga enheter svarade på årets enkät, ett mycket bra resultat.

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

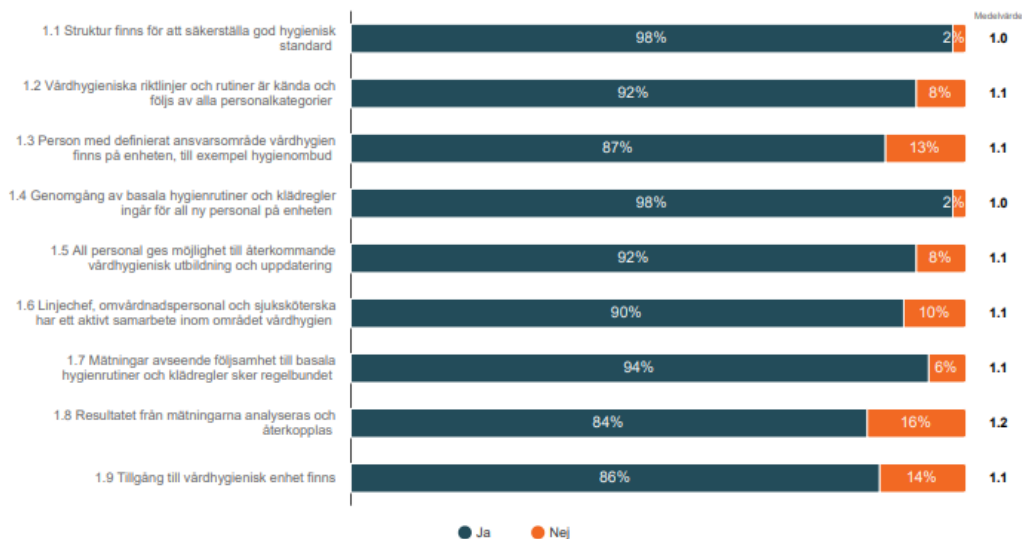
något är skrivet eller inte. Handlingsplanen ligger till grund för prioritering av hygienronder med Vårdhygien under våren 2024.

39 av 51 enheter har lämnat handlingsplan till MAS.

Vård och omsorgsboenden - Ordinärt boende

1. Övergripande aspekter

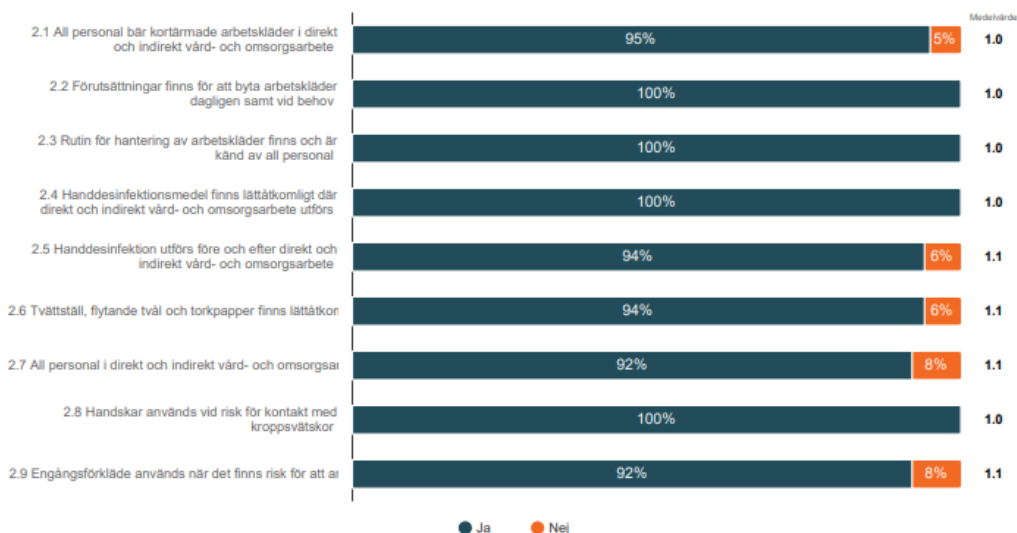
Antal svar: 63



Vård och omsorgsboenden - Ordinärt boende

2. Basala hygienrutiner

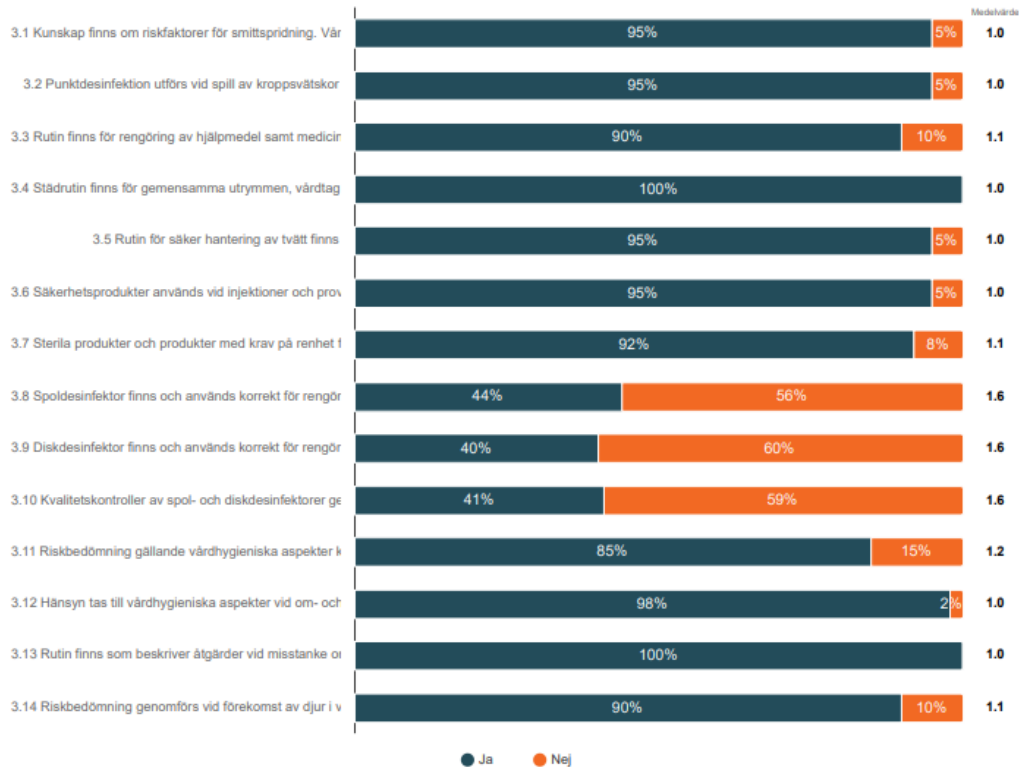
Antal svar: 64



Vård och omsorgsboenden

3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

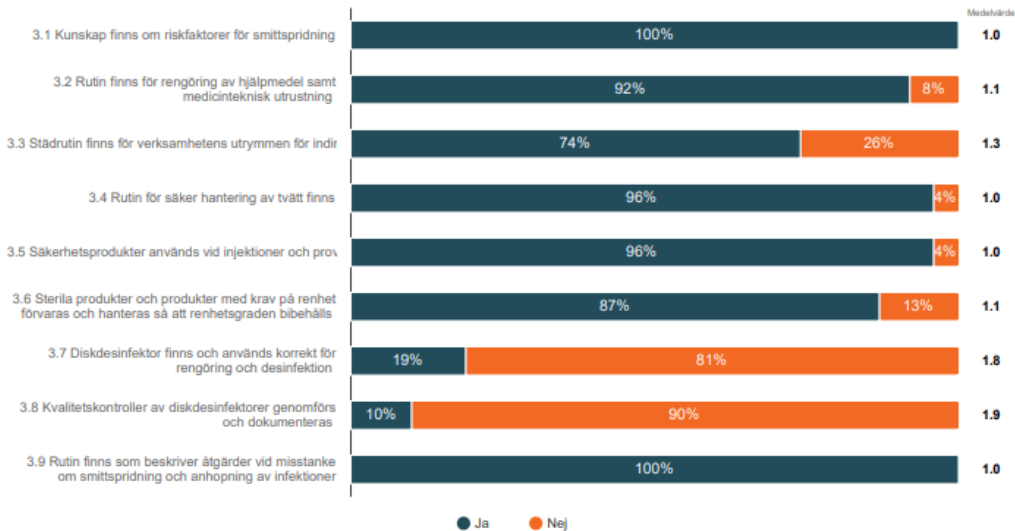
Antal svar: 41



Ordinärt boende

3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

Antal svar: 24



Analys Vårdhygien

Överlag har man ett bra resultat.

De som fått under 90 % Ja-svar är:

- Städrotin finns för verksamhetens utrymmen för indirekt vård- och omsorgsarbete – ordinärt boende (74 %)
- Resultatet från mätningarna analyseras och återkopplas till enheten (84 %)
- Riskbedömning gällande vårdhygieniska aspekter kring livsmedelshantering - SÄBO (85 %)
- Tillgång till vårdhygienisk enhet finns (86 %)
- Person med definierat ansvarsområde vårdhygien finns på enheten, till exempel hygienombud (87 %)
- Sterila produkter och produkter med krav på renhet förvaras och hanteras så att renhetsgraden bibehålls – ordinärt boende (87 %)

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

- Städrutiner för tex hemtjänstlokalens förråd osv måste följas
- Viktigt att resultat av mätningar tas upp i personalgruppen för att få ett lärande och teamets planering av förbättrande åtgärder
- Hantering av livsmedel och sterila produkter ur ett vårdhygieniskt perspektiv
- Kommunen har avtal med regionens Vårdhygien, det behöver kommuniceras i verksamheten
- Hygienombud ska finnas på alla enheter

Hygienrond

Hygienrond är ett komplement till Vårdhygienisk egenkontroll. Hygienronder har tillsammans med MAS och hygiensjuksköterska från vårdhygien har under året inte genomförts på grund av pandemin. En plan finns för 2024.

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

Självskattning

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

PPM-HALT

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

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

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

Under v.46–47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 18 enheter/369 vårdtagare vid Fredens kulle Rubinen/Pärulan /Smaragden/Diamanten/Opalen, Håsta, Ingsta, Tunbacka, Edsbacka, Lyckbacken, Tryggebo, Forsagården, Rosenborg, Edshammar, Månsbacken och Frejagården.

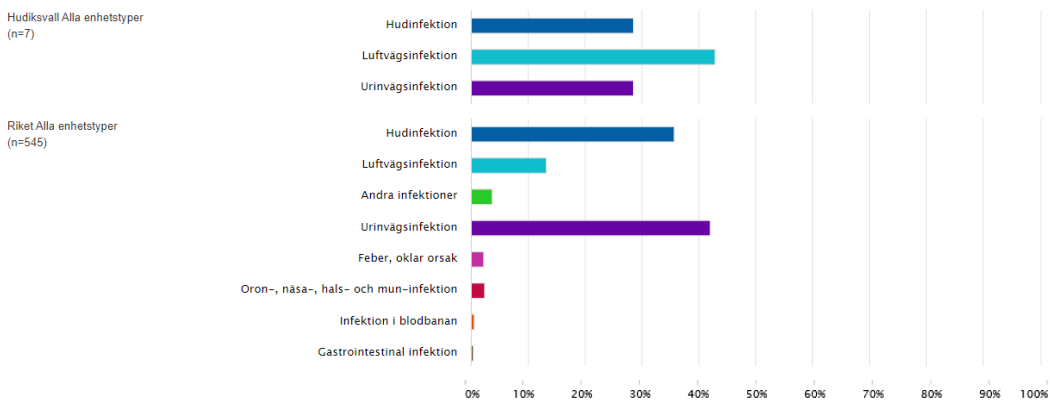
Samtliga enheter på SÄBO deltog i mätningen 2023.

Kommun	Hudiksvall
Antal enheter totalt	18
Antal Demensboenden	0
Antal Korttidsboenden	2
Antal Allmän vård och omsorg	16
Antal Verksamhet enligt LSS	0
Antal Psykiatri	0
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	369
Antal vårdtagare med korttidsvård	13
Antal kvinnor	244
Antal män	125
Antal >80 år	261
Antal >85 år	176
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	7
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	7
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	5
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	5
- Antal vårdtagare med profylax	0
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	1%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	7

Andelen infektioner är lågt i kommunen. 7 st. (1 %) hade en pågående antibiotikakur pga. urinvägsinfektion, luftvägsinfektion respektive hudinfektion.

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

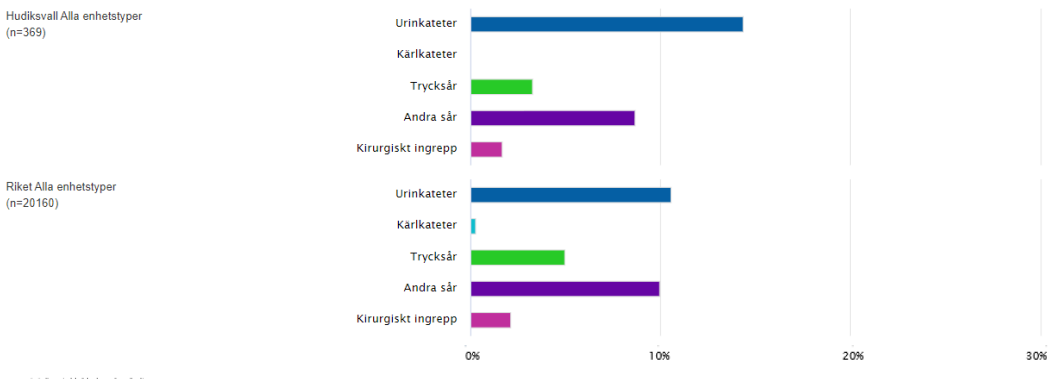
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



De vanligaste riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är urinkateter (14,4 %) andra sår (8,7 %) och trycksår (3,3 %).

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

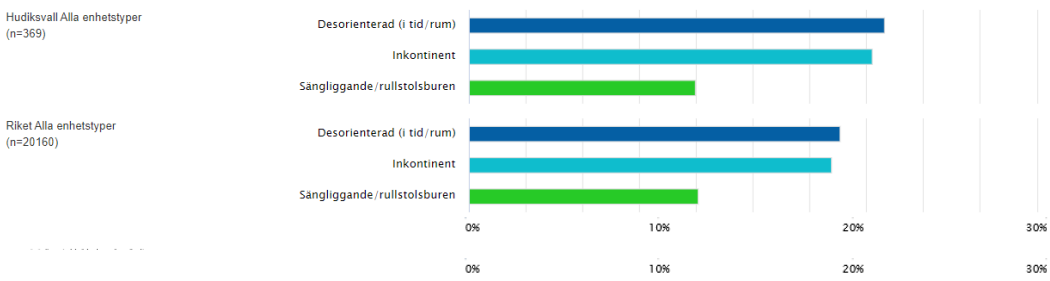
Kommun: Hudiksvall. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Vårdtyngdsindikatorer är desorienterad i tid/rum (73 %), inkontinent (71 %) och sängliggande/rullstolsbunden (39,8 %).

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

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



Analys PPM-HALT

Hudiksvalls kommun ligger högre än riket gällande luftvägsinfektioner, urinkatetrar, desorienterad i tid/rum, inkontinent och sängliggande/rullstolsburen.

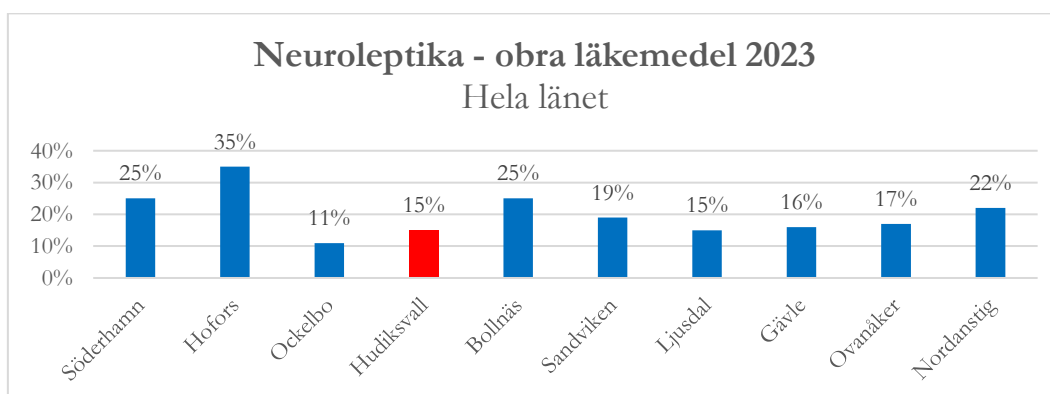
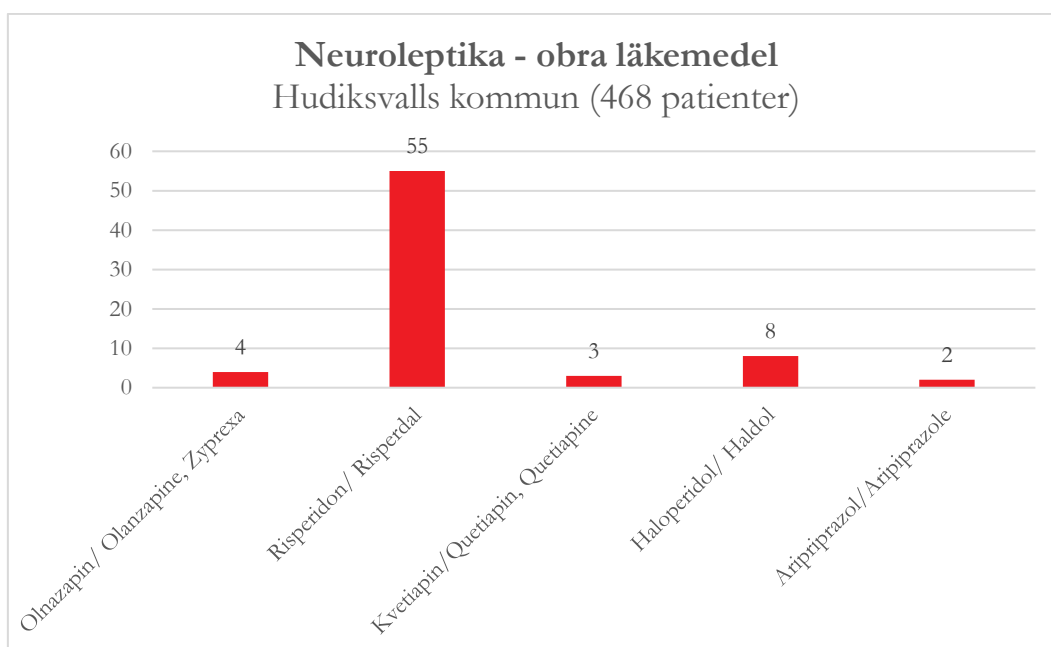
Förbättringsarbete PPM-HALT

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

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.

Av 468 patienter har 72 st. en ordination på obra läkemedel, 15 %.

Förbättringsarbete Neuroleptika

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

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 har genomfört risk och konsekvensanalys inför verksamhetsförändringar på Frejagården, Ingsta, Tunbacka, Pärlan Fredens kulle. Dessutom vid planering av införande av läkemedelsautomater, digitala medicinskåp och inför sommaren samt för telefonhantering.

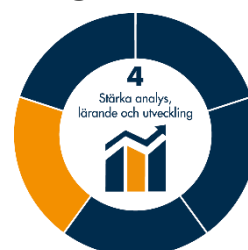
Riskanalys som görs på individnivå fortlöpande är via Senior Alert och BPSD.

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

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

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



Lex Maria

	2020	2021	2022	2023
Lex Maria - MAS	2	0	2	2
Lex Maria - MAR	0	0	0	0

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

Strukturerad journalgranskning

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

Systemförvaltare har under hösten 2022 gått igenom samtliga patientjournaler för HSV. Under våren 2024 kommer systemförvaltare, enhetschef och MAS att träffa samtliga sjuksköterskor för HSV och gå igenom förbättringsområden.

MAS/MAR har under året reviderat rutinen för kollegial granskning med tillhörande mall. Sjuksköterskor genomförde kollegial granskning under våren med stöd av dokumentationsstödjare. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomförde ingen granskning 2023.

3.4.1 Avvikelser

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

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

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

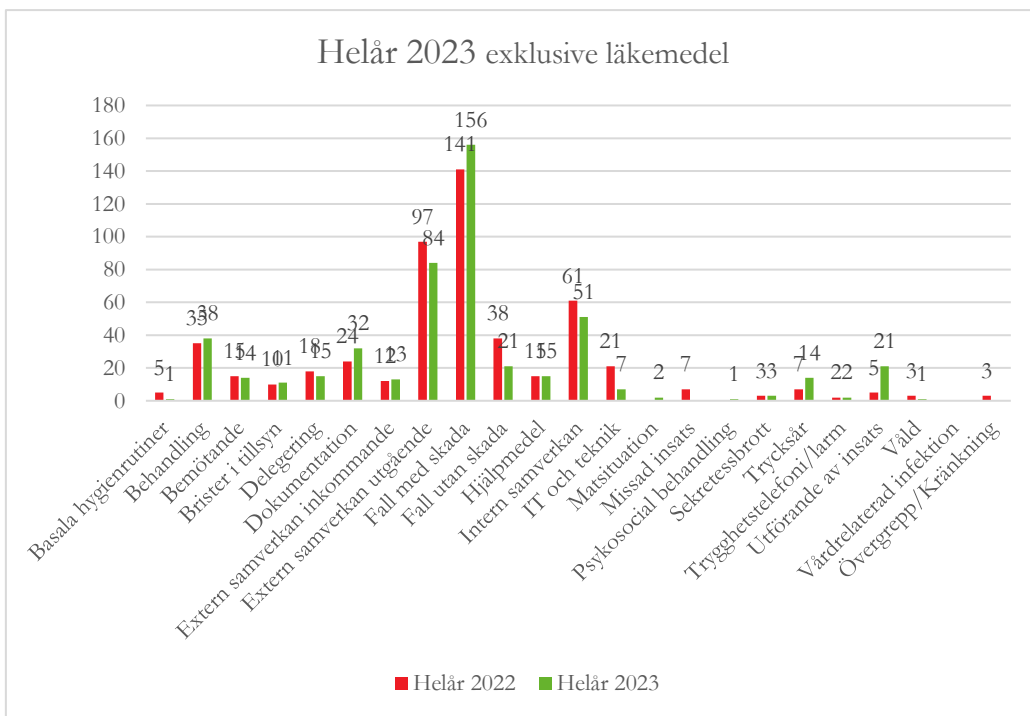
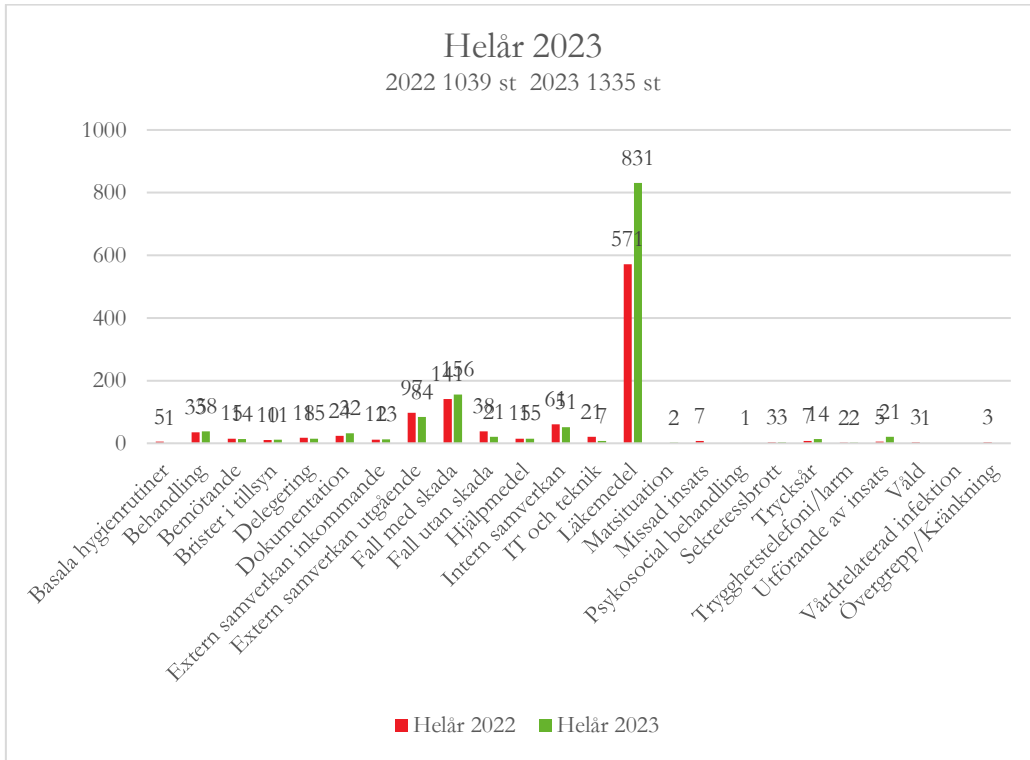
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, personal som utför uppgift på delegering samt personal som biträder legitimerad personal är skyldig att rapportera avvikelser som rör hälso- och sjukvård.

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

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

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

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



Analys avvikelser HSL

Antalet avvikelser helår 2022 – 1039 st.

Antalet avvikelser helår 2023 – 1335 st.

Antal slutförda HSL avvikelser under perioden är 632 av 1335 st., 47 % en ökning sedan 2022 från 45 %.

Avvikelser rörande hälso- och sjukvård fördelar sig:

				2023
SÄBO				809
Hemsjukvård				120
Hemtjänst				314
Rehab				30
FN				62

Antalet avvikelser har ökat med 296 st. jämfört med 2022. De vanligaste avvikelserna är Läkemedel (831), Fall med skada (156) och Extern samverkan utgående (84).

Andel läkemedelsavvikelser är hög, det börjar bli svårare att bemanna med personal som har kompetens för att ta emot en delegering. En högre andel delegeringar dras också tillbaka av sjuksköterska på grund av osäkerhet och okunskap i läkemedelshanteringen.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 571 till 831 st. Åtgärder genomförs kontinuerligt för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

- Omvårdnadspersonal ger brukare läkemedel på delegering av sjuksköterska. All omvårdnadspersonal ska göra en webbutbildning Jobba säkert med läkemedel och genomgå en basutbildning av sjuksköterska innan delegering registreras. Vid delegering av insulin ska webbutbildning Vård av äldre med diabetes genomföras.
- Delegeringar följs upp årligen av sjuksköterska och kan dras tillbaka vilket inte görs inte så ofta
- För att säkerställa patientsäkerheten behövs digitala medicinskåp och digital signeringslista skyndsamt införas. På Frejagården har man haft digitala medicinskåp sedan maj 2023. Tekniken har fungerat bra men behörighetsfrågan har varit svår att lösa. Digital signering ska införas under 2024.

Från 1 september registreras inte längre Fall utan skada som en avvikelse i systemet. Fallförebyggande åtgärder tas fortsättningsvis upp på teamträffar.

Fall med skada har ökat från 141 till 156 st.

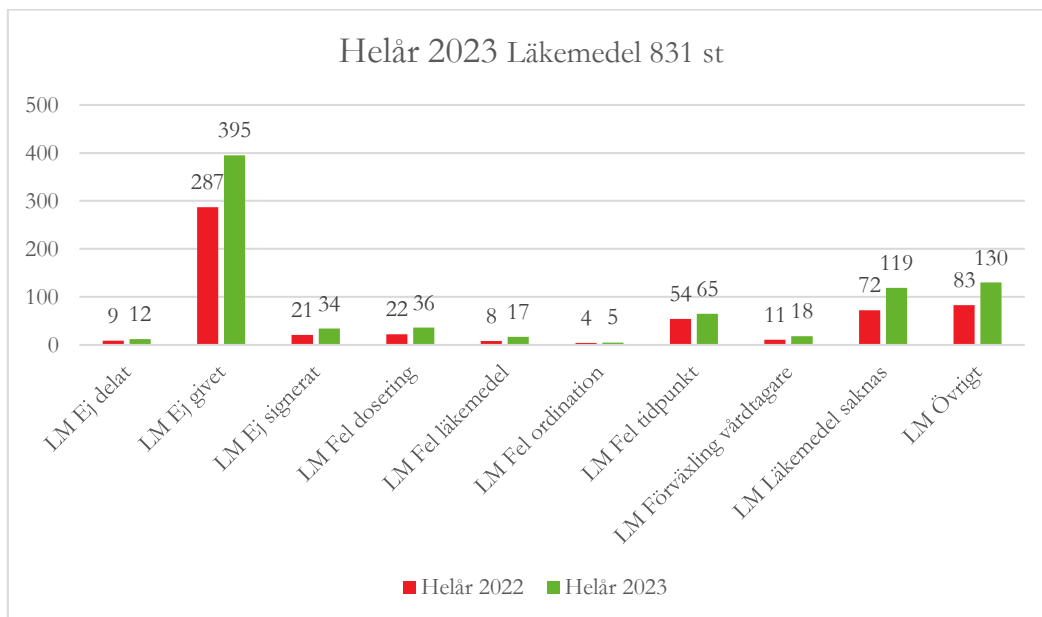
- Samlad forskning visar att fallprevention är mest effektiv om flera professioner samverkar i team. Rutin *Fallprevention – fallregistrering* finns för att stödja teambaserat, systematiskt arbetssätt.

Extern samverkan utgående har minskat från 97 till 84 st.

- Regelbundna samverkansträffar mellan region och kommun
- Riskanalys med handlingsplan har genomförts av hälsocentral tillsammans med kommunen under 2022/2023 och följs upp med förbättringsaktiviteter avseende samverkan inom HSV och SÄBO utifrån den handlingsplan som togs fram under hösten 2022.

Förbättringsarbete avvikelser HSL

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



Analys Läkemedelsavvikelser

62 % av avvikelserna rör läkemedel, en ökning jämfört med 2022 då andelen var 52 %. 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.

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

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

Förbättringsarbete läkemedelsavvikelser HSL

- Enhetschefer med en hög andel läkemedelsavvikelser behöver göra en riskanalys och tillsammans med sjuksköterska se över enhetens rutiner för att minska antalet fel.
- Införande av digitala medicinskåp samt digital signeringslista

Fallprevention

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

Analys Fallprevention

Under 2022 konstaterades brister i det teambaserade systematiska arbetet kring fallprevention utifrån en analys av fallavvikelser utförd av MAS/MAR/SAS.

Analysen visade att fokus fanns på avvikelserna och inte så mycket på åtgärderna.

Under 2023 togs ett inriktningsbeslut för det fallpreventiva arbetet av verksamhetschefer SOM. Fokus ska 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 2023 påbörjades ett arbete av rehab och MAR, att ta fram utbildnings- och informationsmaterial i rehabiliterande förhållningssätt för omvårdnadspersonal i hemtjänsten. Arbetssättet är en viktig del i det fallpreventiva arbetet det främjar aktivitet och rörelse och att individen bibehåller sin fysiska hälsa längre.

En annan fallpreventiv åtgärd som arbetsterapeuter och fysioterapeuter på rehabenheten utför är nybesök för alla inflyttade på vård- och omsorgsboende och inskrivna i hemsjukvården med syftet uppmärksamma rehabiliteringsbehov, arbeta fallförebyggande och för att eventuella rehabiliteringsinsatser ska sättas in i tidigt skede se sid.30

Förbättringsarbete Fallprevention

- Upprätta åtgärdsplan för hur det teambaserade systematiska arbetet enligt rutin ska genomföras
- Utvärdering över inriktningsbeslutet behöver göras för att säkerställa att syftet har uppnåtts
- Vidare arbete med att fram utbildnings- och informationsmaterial i rehabiliterande arbetssätt till omvårdnadspersonalen i hemtjänsten fortsätter under 2024

3.4.2 Synpunkter, klagomål och beröm

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

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

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

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

	2020	2021	2022	2023
Synpunkter, klagomål och beröm via webben/skriftligt formulär/mail	7	2	4	8
Klagomål via IVO	3	0	4	3
Tillsyn från IVO gällande HSL	0	2	1	0
Klagomål via Patientnämnden	3	6	4	1

Åtta synpunkter/klagomål har inkommit rörande Bemötande (1), Information/kommunikation (1), Kompetens (1), Läkemedel (1), Trygghet och säkerhet (1), Utförande av insats (2), och övrigt (1).

Tre klagomål från IVO har inkommit under året gällande fördröjd vård och behandling (1), vård i livets slut (1) och förflyttning mellan boenden (1).

IVO har under 2022/2023 genomfört tillsyn inom SÄBO som en del av de inspektioner som genomförts i Sveriges samtliga kommuner i samband med coronapandemin. Vid inspektionen granskades följande områden beträffande patientsäkerhet; dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens. Nämnden lämnade ett yttrande 2023 som IVO begärde återredovisning på.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2023 finns ett ärende till kommunen gällande omvårdnad (1).

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

3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

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



Granskning Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under hösten 2022 genomför myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på 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

IVO bedömer att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 21 december 2022, i aktuellt ärende inte är tillräcklig inom följande områden:

- kontinuitet
- tillgång till information vid vård i livets slutskede
- att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

IVO bedömer även att det saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp. Komplettering ska lämnas till IVO senast den 1 mars 2024.

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 19 personuppgifter rapporterats in och hanterats inom social – och omsorgsförvaltningen. De personuppgiftsincidenter som rapporterats in enligt GDPR rör felaktig hantering av utskrifter och fysiska brev. Med anledning av mängden personuppgiftsincidenter som inkommit som rör fel orsakad av mänskliga faktorn har det hos kommunstyrelsen efterfrågats om möjligheten till säker utskrift på samtliga skrivare inom kommunens regi.

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

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.

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

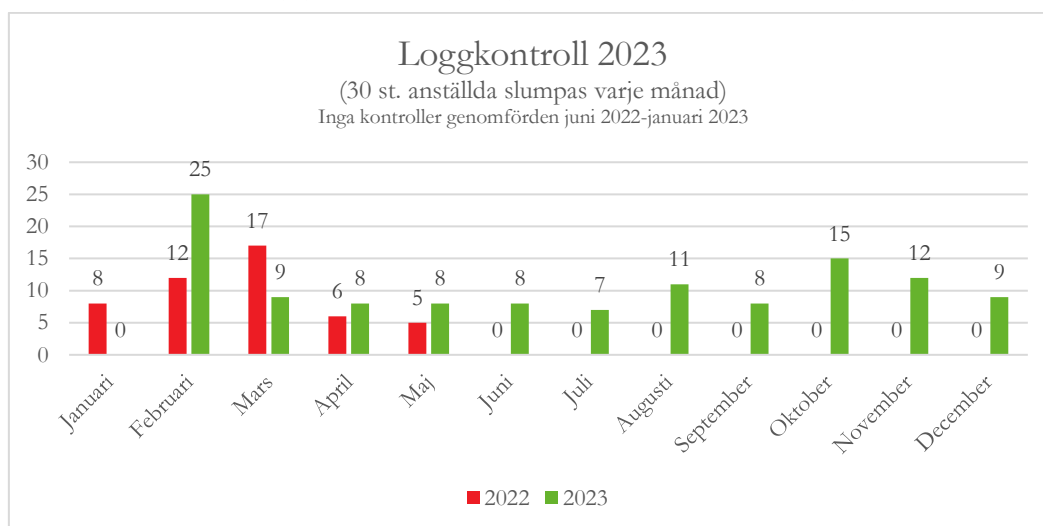
Kontinuitetsplan

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

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

Kontinuitetsplanen har reviderats under hösten 2023.

Strukturerade loggkontroller (gäller hela förvaltningen)



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

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

Analys Loggkontroller

36 % av de slumpmässigt utvalda kontrollerna har registrerats under perioden, 120 av 330.

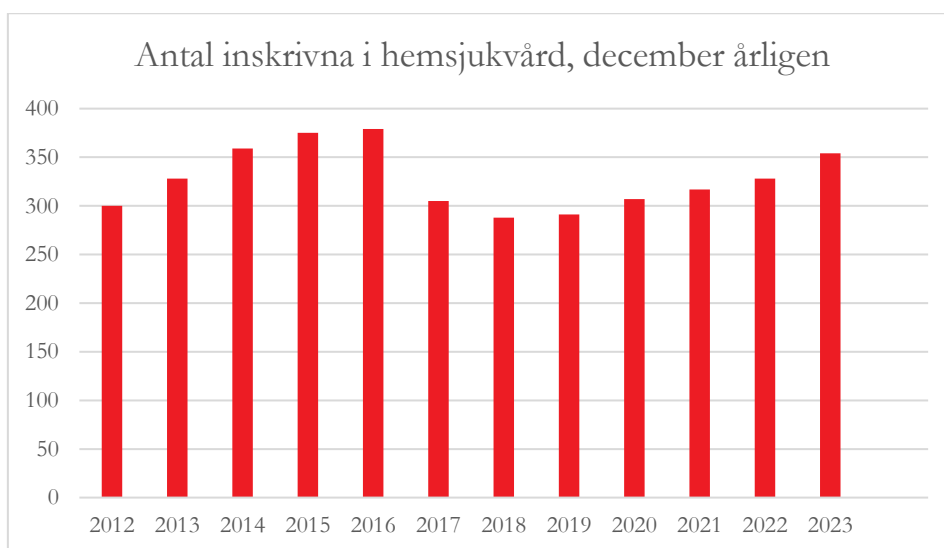
Förbättringsarbete Loggkontroller

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

Hemsjukvård i ordinärt boende

Antalet inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende har under året varierat mellan 330 och 359 st. när vi månadsvis rapporterat till region Gävleborg.

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



4. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Med reservation för att Social- och omsorgsnämnden kan besluta om andra mål och uppdrag för 2024.

Nämndens mål och indikatorer 2024

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål - Ökad kvalitet i våra verksamheter

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

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 %

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 %

Internkontroll 2024

Rutin/ process	Kontrollmoment	Metod	Risk och väsentlighet	Frekvens
Medicinhandling inom vård och omsorg	Processen för delegering	Stickprov Enkät	4*4 Riskvärde: 16	1 ggr

Särskilda uppdrag, från kommunfullmäktige 2024

Inga uppdrag från kommunfullmäktige till HSL under 2024.

Särskilda uppdrag, från Social- och omsorgsnämnden 2024

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

Egna mål och strategier 2024

Egna mål 2024

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

Teamsamverkan

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

Fallprevention

Indikator: Andel 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 webbutbildning Förskrivning av hjälpmedel under en 5-årsperiod - mål 100 %

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning Förskrivning av hjälpmedel - mål 100 %

Indikator: Andel legitimerade sjuksköterskor som genomfört webbutbildning 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 %

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	Pågående arbete
Kollegial journalgranskning ska utföras enligt rutin.	EC HSL/ dok. stödjare	Pågående arbete
Avvikelse rörande läkemedel ska analyseras i teamet.	Teamet på enheten	Pågående arbete
Systematiskt kvalitetsarbete kring fall ska utföras; analys av fallavvikelse, utföra fallpreventiva åtgärder och följa upp med hjälp av kvalitetsregistret.	Teamet på enheten	Pågående arbete
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	Pågående arbete

Ansvar

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

Samverkan

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

Kvalitetsförbättrande åtgärder för verksamheterna

- Patientsäkerhetsperspektiv i förvaltningen.

- Vidta åtgärder utifrån beslut vid Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning.
- Upprätta åtgärdsplan för hur det teambaserade systematiska arbetet enligt rutinska genomförs
- Handlingsplan för ökad patientsäkerhet finns.
- Kvalitetsutvecklare HSL med avsatt tid för att bistå enhetschefer i förbättringsarbete så att verksamheten når de uppsatta målen inom patientsäkerhetsområdet.
- Fortsätta genomföra riskbedömningar och registrera i Senior alert samt Palliativregistret på SÄBO/HSV.
- Utbildning i smärtskattning och munhälsobedömning.
- Riskbedöma och registrera blåsdysfunktion i Senior alert.
- Webb-utbildning förskrivning av förbrukningsartiklar samt hjälpmedel genomförs av samtliga sjuksköterskor.
- Fortsatt arbete med basal hygien och klädregler.
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar utifrån ett hälsofrämjande och preventivt arbetssätt.

Framtida utmaningar

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

