



*Hofors Kommun*

SOCIALNÄMNDEN

---

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

2022-02-08

Cissi Hedwall

Äldreomsorgschef, verksamhetschef kvalitet och HSL

Tf Medicinskt ansvarig sjuksköterska from 2021-11-15

---

---

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Struktur .....</b>	<b>7</b>
3.1 Övergripande mål och strategier.....	7
3.2 Organisation och ansvar .....	7
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
3.4 Patienters och närståendes delaktighet .....	11
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
3.6 Klagomål och synpunkter.....	13
3.7 Egenkontroll .....	13
<b>4. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>15</b>
4.1 Riskanalys .....	15
4.2 Utredning av händelser - vårdskador .....	15
4.3 Informationssäkerhet .....	16
<b>5. RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>18</b>
5.1 Egenkontroll .....	18
5.2 Avvikelse .....	19

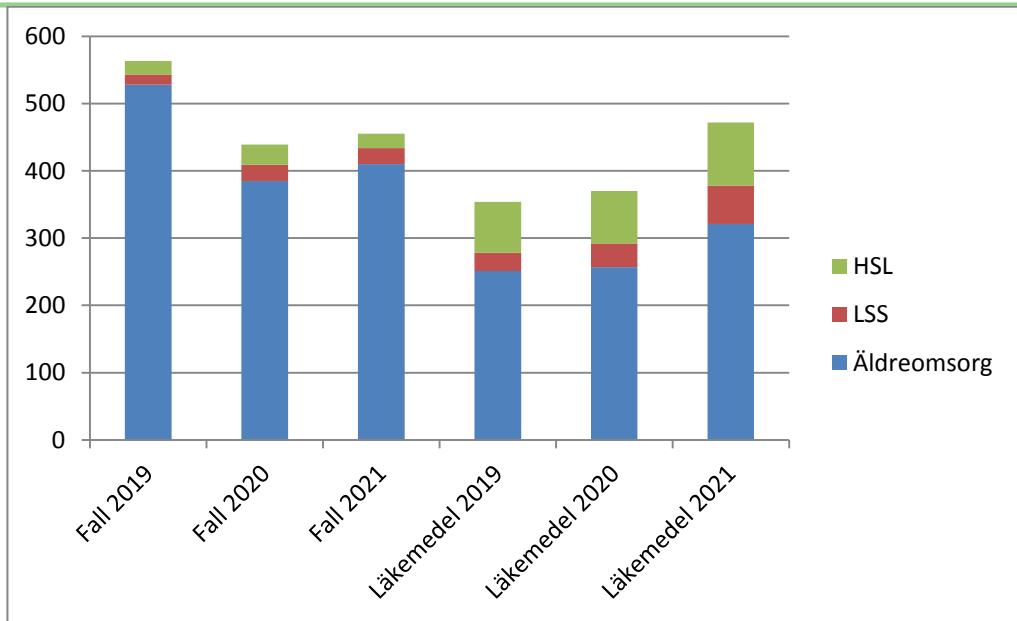
Antal avvikelser totalt per Händelse	
Arbetsrutiner	106
Bemötande	2
Brottslig handling	2
Dokumentation	28
Fall	455
Handläggning	6
Hjälpmedel	7
Information/Kommunikation	21
Informationsöverföring	12
Insatser	6
Lex Sarah	0
Lokaler/Resurser	4
Läkemedel	472
Omvårdnad	23
Utebliven behandling	0
Utebliven insats	28
Uteblivet besök	2
Våld och övergrepp	10
Vård och behandling	10
Vårdrelaterade infektioner	0
Övergrepp sexuellt	0
<b>Totalt</b>	<b>1194</b>

..... 20

Fallavvikelser har över tid varit svårt att komma fram till något enhetligt gällande vad som ska rapporteras som en fallavvikelse och vad som enbart ska dokumenteras i journal. Under året har det arbetats med att skilja ut vilka fall som ska rapporteras som avvikelse fortsatt. Antalet fall under 2021 är något högre än antalet fall 2020. Av totalt 454 fall var det 61 unika personer som har fallit, 31 kvinnor och 30 män. Fallprevention är ett område som ständigt bör vara en aktiv del av arbetet inom verksamheterna..... 20

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 371 till 472, en ökning kan ses inom samtliga verksamheter (ÄO, LSS och HSL). Statistiken visar att det är 88 unika personer som förekommer i läkemedelsavvikelsena. Det skulle vara intressant att sammanställa dessa avvikelser för att se ett eventuellt samband. Arbetet gällande utbildning i läkemedelshandling och avvikelser har genomförts inom en hemtjänstgrupp. Sjuksköterska med AST-tjänst (akademisk specialist tjänstgöring) höll i utbildningen som en uppgift med att jobba med ett förbättringsarbete. Om arbetet faller väl ut kan samma utbildning hållas inom fler personalgrupper. .... 20

Inom äldreomsorgen och LSS gäller avvikelser övervägande bortglömd eller missad överlämning av dos. Inom HSL är det till övervägande del fel på signaturlista eller att signaturlista och ordinationshandling inte överensstämmer. .... 20



..... 21

**Målet med att utveckla avvikelshanteringen behöver vara kvar som mål även 2022. .... 21**

**5.3 Klagomål och synpunkter ..... 22**

**5.4 Händelser och vårdskador ..... 23**

**5.5 Riskanalys ..... 26**

**5.6 Övriga resultat ..... 27**

**6. Mål och strategier för kommande år ..... 28**

---

## 1. Sammanfattning

Socialnämnden har som mål att bedriva en säker vård- och omsorg med god kvalitet. För att kunna försäkra sig om måluppfyllnad behövs ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska beskriva verksamhetens rutiner inklusive hur samverkan ska ske samt hur egenkontroll, riskanalyser och avvikelser ska användas i förbättringsarbetet.

Verksamheten följer upp patientsäkerheten genom egenkontroll av uppsatta mål. Handlingsplaner upprättas vid behov och åtgärder planeras och genomförs.

Genom analys av avvikelser, klagomål och synpunkter samt inkomna ärenden från patientnämnden kan risker för vårdskador identifieras och hanteras. Avvikelser utreds, följs upp och återrapporteras i berörd verksamhet. Riktad journalgranskning genomförs i syfte att följa upp och granska den egna verksamheten.

Medarbetare inom verksamheterna har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud samt avvikelser. Inrapporterade händelser utreds och åtgärder har genomförts i syfte att öka kvalitet i verksamheten vilket leder till en ökad patientsäkerhet.

Verksamhetens mål för 2021 var att förbättra vården i livets slut, utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningkunskap, vid behov erbjuda brukare/patienter insatser av finsktalande personal i så stor utsträckning som möjligt, öka delaktigheten vid årlig läkemedelsgenomgång samt följa upp verksamhetens kvalitet genom egenkontroll.

Även 2021 har arbetet präglats av hantering av coronapandemin.

Vaccinationer mot covid-19 har genomförts i flera omgångar och detta har tagit mycket resurser i anspråk under året.

Verksamheterna har fortsatt arbetet med att försöka hålla smittan borta från våra verksamheter samt att minska smittspridningen när/om vi fick in smittan.

De viktigaste åtgärderna under året var att upprätthålla en god och säker vård samt en bra arbetsmiljö för medarbetarna. Stort fokus har legat på samverkan med regionen, bland annat Vårdhygien och Smittskydd samt med Primärvården. Även fortsatt följsamhet till korrekt hantering av skyddsutrustning har varit i fokus under året då direktiven om vad som ska användas ändrats under pandemin.

Verksamheten har på ett fantastiskt sätt hanterat ändringar av rutiner och rekommendationer samtidigt som de hanterar vård/omvårdnad av misstänkt och bekräftat smittade personer och vaccinationer mot covid-19.

Viktigaste resultatet för år 2021 är hanteringen av corona-pandemin och samtidig hantering av att upprätthålla en god vård och omvårdnad.

---

## 2. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Det är patientsäkerhetslagen, SOSFS 2011:9 samt HSLF-FS 2017:3 som styr vad som ska inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen. De beskriver att bland annat följande ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen behandlas och antas av Socialnämnden och ska tillhandahållas för den som önskar ta del av den.

Kommunens ansvar som sjukvårdshuvudman är att utifrån den enskildes behov ge en god och säker hälso- och sjukvård. Detta innebär att den ska:

- vara av god kvalitet, med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården samt vara lättillgänglig
- så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten och/eller dess anhöriga, olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

### Definitioner och förkortningar

- HSL: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- SFS: Svensk författningssamling
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- SOSFS: Socialstyrelsens författningssamling
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- MAR: Medicinskt ansvarig rehabilitering

---

## 3. Struktur

### 3.1 Övergripande mål och strategier

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

För 2021 beslutade mål inom HSL:

- **Förbättra vården i livets slut.** Målet är att det ska vara en god vård i livets slut och strategin är att arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning. Målet har funnits i flera år och det behövs fortfarande.

- **Följa upp verksamhetens kvalitet genom egenkontroll.** Verksamheterna ska genomföras enligt rutin.

-**Omvårdnadspersonal utbildas i förflyttningskunskap.** Målet är att all omvårdnadspersonal ska ha fått utbildning i och kunskaper om förflyttningskunskap för att minska antalet vårdskador och förslitningsskador hos personal. Strategin och resultatet är antalet utbildad personal.

- **Vid behov erbjuda brukare/patienter insatser av finsktalande personal i så stor utsträckning som möjligt.** Målet kopplas till kommunens handlingsplan gällande finskt förvaltningsområde och syftar till att ge brukaren förutsättningar att få använda det finska språket.

-**Öka delaktigheten vid årlig läkemedelsgenomgång.** Enligt läns gemensam rutin för läkemedelsgenomgång ska brukare och/eller närstående erbjudas möjlighet att vara med vid genomgången.

-**God hygienisk standard.** Observationer (Punktprevalensmätning) ska genomföras för kontroll av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

-**Säker dokumentation.** Genomföra strukturerad journalgranskning för att få en större underlag för systematisk uppföljning av dokumentationen.

### 3.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren, kommunstyrelsen, har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.

Enligt ledningssystemet för systematiskt förbättringsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt patient-

---

säkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

#### **Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden ska inom sitt område tillgodose att verksamheten bedrivs enligt gällande föreskrifter samt med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat. Socialnämnden ansvarar för planering, ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänsten och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Socialnämnden ska;

- fastställa övergripande mål för kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa mål
- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättningar finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.

#### **Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)**

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

MAS ska ansvara för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs. MAS ska enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvara för att utarbeta rutiner samt utföra kontroll att dessa följs och är kända inom verksamheten. I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAS ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

#### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso-



---

och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

### **Medarbetare**

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, kommunens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, och rutiner samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

Medarbetare som arbetar enligt SoL ansvarar för att utföra och verkställa beslutade insatser och att upprätta en genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde.

Medarbetarna ska också följa rutiner, styrdokument, beslut och samarbeta med team och andra arbetsgrupper. Vidare så ska de rapportera brister, missförhållanden och andra synpunkter.

### **Läkarkontakt**

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården. Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Distriktsläkare har ställning som konsult i förhållande till kommunen. Deras ansvar gentemot den boende består av ett övergripande ansvar för vård och behandling. Alla i särskilt boende har en patientansvarig läkare som kommer till boendet för samverka med sjuksköterskan samt gör hembesök vid behov.

Hemsjukvård i ordinärt boende har läkare som regelbundet kommer och samverkar med hemsjukvårdens sjuksköterskor samt gör hembesök vid behov.

Sjuksköterskan kontaktar vid behov läkare på hälsocentralen dagtid. Kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkarcentralen i Sandviken. Brukaren skickas till sjukhus efter konsultation med läkare, när läkaren inte finns tillgänglig och tillståndet kräver läkarvård. Vid tillstånd som inte kräver omedelbar läkarkontakt sätts brukaren upp till nästa läkarkonsultation.

### **Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet samt Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser:**

**Hygienombud;** fungerar som stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bland annat genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt vårdhygiens kontakt med respektive enhet.

**Vårdhygien;** planerar och samordnar infektionsförebyggande arbetet och stödjer det verksamheterna i det lokala arbetet med hygienfrågor.

**Smittskydd Gävleborg;** har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras i bland annat smittskyddslagen.

**Lokala Stramagruppen;** Strama är ett frivilligt nätverk med syftet att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier till och inom Sverige.

**Patientnämnden;** kommunen har avtal med regionens Patientnämnd.

Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter. Årligen träffas länets MAS och representanter för Patientnämnden.

**Kliniskt träningscenter;** tillgodoser utbildning och färdighetsträning av

---

vårdpersonal.

### **3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar internt inom socialnämnden och externt med andra vårdgivare. Formerna för hur samverkan regleras beskrivs i samverkansdokument.

#### **Läkarmedverkan:**

Socialnämnden tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilda boenden och i hemsjukvård.

#### **Samverkansträffar mellan kommun, primärvård och slutenvård:**

Avtal om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg. Arbetet inriktas allt mer på vår gemensamma patient, fokus ligger på Samverkanslagen "samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård" samt utredningen "God och nära vård".

Lifecare SVP/SIP, ett informations/kommunikationsverktyg för personer som är utskrivningsklar från slutenvården i regionen används. Länsgemensam överenskommelse finns.

#### **Hjälpmedel:**

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

#### **Samverkansträffar kommun och primärvård:**

Vårdenhetschef från primärvården samt kommunens verksamhetschefer, enhetschef för sjuksköterske- och rehabteamet, enhetschef för hemtjänsten och medicinskt ansvarig sjuksköterska, träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor. Syftet är att förbättra samverkan kring patienter över huvudmannagränserna. Även rutiner som kan vara aktuella för båda parter tas upp och diskuteras. Även ansvarfördelning samt gemensamma behov av fortbildning kan diskuteras.

#### **Samverkan kommunen och region Gävleborg:**

Kommunen har avtal med Vårdhygien och regelbundna träffar med länets MAS, hygiensjuksköterska och smittskyddsläkare. Kommunen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg. Två gånger årligen träffar länets MAS hygiensjuksköterskor och smittskyddsläkare. Hofors kommun har tillgång till hygiensjuksköterska 4 dagar per år. Under dessa dagar genomförs hygienronder och utbildningar.

#### **Tvärprofessionella teamträffar**

På särskilt boende, inom korttidsverksamhet och hemsjukvård/hemtjänst utförs tvärprofessionella teamträffar. Syftet är att få ett strukturerat arbetssätt när det gäller det förebyggande arbetet och att detta ska vara en

---

integrerad del i omvårdnadsarbetet.

Teamträffar genomförs varje vecka på enheterna enligt en förutbestämd planering. Under dessa planerade teamträffar genomförs riskbedömningar, uppföljningar samt planering av åtgärder. Deltagare är enhetschef, omvårdnadspersonal/näransvarig, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

#### **Länsledning**

Socialchefer/skolchefer och regionens chefer träffas nio gånger per år gällande bland annat ärenden som handlar om samverkan i vårdkedjan. På Länsledning tas beslut som rör gemensamma satsningar och ärenden upp.

#### **Operativ Välfärdsgrupp äldre**

Samverkansgrupp som är utsedd av länsledning. Operativa välfärdsgrupper finns i alla fyra hörn i länet. Fokus i samverkansfrågor ligger på utbildningar (ex.SIP), avvikelshantering och hur vi tillsammans ska arbeta för att undvika vårdskador i vårdkedjan

#### **Länsövergripande läkemedelskommittén**

Består av representanter från regionen, läkare och apotekare, samt två medicinskt ansvariga sjuksköterskor som representerar kommunerna. Denna grupp har bland annat upprättat handboken "läkemedelsrekommendationer".

#### **Externa läkemedelrevisioner**

MAS representanter ur länsgruppen har initierat samarbete med Region Gävleborg för att få externa läkemedelrevisioner utförda åt samtliga kommuner i Gävleborg. Detta har lett till att avtalskrivning med Region Gävleborg.

#### **LänsMAS**

Kontinuerliga träffar med samtliga MAS och MAR i Gävleborg. Träffas ca 8-10 gånger per år och mötena fokuserar på samverkan mellan kommunerna samt över huvudmannagränserna. Varje möte bjuds en eller fler gäster in med fokus på kommunens uppdrag och/eller samverkan med Region Gävleborg.

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

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

All vård och behandling samt stödinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även de närstående. Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för den enskilde att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Personen ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker till exempel genom deltagande i upprättandet av vårdplan och genomförandeplan.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på varje enhet. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har ansvar för flera enheter.

---

Patienter/brukare och i förekommande fall närstående ska erbjudas:

- möjlighet att kontakta sjuksköterska via telefon dygnet runt
- namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- Samordnad individuell plan, SIP, vid behov vid utskrivning från slutenvård, ankomst till korttidsplats, inskrivning i hemsjukvård. SIP genomförs i samarbete med primärvården.
- patienter i hemsjukvården får vid inskrivning en pärm med kontaktuppgifter till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
- möjlighet att delta i brukarundersökningar

Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten.

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

### **3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria. Detsamma gäller händelser som innebär missförhållanden enligt lex Sarah, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5). Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Avvikelse rapporterna berör också SoL/LSS insatser och inte enbart HSL. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande rutin i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelsehantering hanteras av enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och i förekommande fall externa Lex Sarah-utredare.

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, till exempel:

- en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för brukaren. Brister i utförandet, utebliven/fördröjd insats eller vård och behandling, fallskador mm utgör en avvikelse.
  - något som inträffar och inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner.
- Avvikelsehantering innefattar att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera, bedöma åtgärdernas effekt samt sammanställa och återföra resultaten.

Den som upptäcker en avvikelse ansvarar för att:

- omedelbart hjälpa brukaren tillrätta genom att vidta akuta åtgärder
- inom hälso- och sjukvården; omedelbart kontakta sjuksköterska, ambulans eller liknande enligt riktlinje för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal
- rapportera avvikelsen i verksamhetssystemet Treserva samt dokumentera händelsen i journal

Avvikelser är ett redskap för att verksamheten ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Att rapportera avvikelser är viktigt för att verksamheten ska kunna tillgodose en god, rättssäker

---

och ändamålsenlig vård och omsorg. Verksamheten kan genom avvikelshantering se mönster och trender vilket är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheten kan därigenom identifiera nya eller ej tillgodosedda behov och utveckla verksamheten ur ett brukarperspektiv. Syftet med avvikelshantering är att:

- identifiera systemfel i verksamheten
- dra lärdom av det som inträffat
- vidta förebyggande åtgärder för att förhindra att det inträffar igen, samt
- utveckla verksamheten

Rapporter och utredningar om missförhållande/vårdskador (lex Sarah/lex Maria) hanteras inte i verksamhetssystemet, dock kan en avvikelse leda till en lex Sarah/lex Maria utredning. Vid registrering av avvikelse finns det möjlighet för personal att uppges om avvikelsen bör utredas enligt lex Sarah/lex Maria. Lex Sarah/Lex Maria utreds enligt särskild rutin.

Avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området.

Enhetschef ansvarar, i samarbete med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att analysera avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten. Förändringar föreslås som ska minska risken att händelsen inträffar igen.

Externa avvikelser till andra vårdgivare skickas vidare av MAS som bevakar svar och återkopplar till den som skrivit avvikelsen. Övriga externa avvikelser hanteras av berörd enhetschef. Inkomna externa avvikelser utreds av ansvarig enhetschef och svar skickas vidare av MAS.

### **3.6 Klagomål och synpunkter**

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

En person som är missnöjd med socialtjänstens insatser eller vård- och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen, har rätt att framföra sina synpunkter och klagomål. Personen kan lämna sina synpunkter och klagomål via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet.

Synpunkter, klagomål ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål i verksamheterna hanteras utifrån gällande riktlinjer i kommunen. Förutom att vidta åtgärder utifrån inkomna synpunkter och klagomål samt återkoppla till berörd person vid personligt möte, telefonsamtal och/eller mejl arbetar verksamheterna också med inkomna synpunkter och klagomål som en del i utvecklingen av verksamhetens kvalitet.

### **3.7 Egenkontroll**

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

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Område	Omfattning	Källa/verktyg	Analys
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	1 ggr/år samt vid behov	Riskbedömning dokument Treserva	Berörd verksamhet inom SÄBO/hemsjukvård
Hygienrutiner och klädregler	1 ggr/år, observationer	Särskilt framtagen mall	Berörd verksamhet/MAS
Hygienrond	2 ronder/år. MAS planerar. Övriga gör egen kontroll	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Intern granskning 1ggr/år	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Kontrollräkning och granskning av dokumentation 1ggr/månad	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS
Medicinteknisk utrustning	Årlig genomgång och översyn av utrustning	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS/MAR
Journalgranskning	Granskning av dokumentation, stickprov	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av MAS
Loggkontroller Treserva	1ggr/månad	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av EC/utsedd person
Avvikelser, klagomål och synpunkter	Ständigt pågående	Enligt rutin i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS/VC/EC
Loggkontroller NPÖ	1ggr/månad	Revidering pågår	Berörd verksamhet/MAS

Under 2021 har verksamheterna genomfört egenkontroller gällande riskanalys samt värdegrund, synpunkter och klagomål. Utöver det har varje verksamhet valt ut minst två områden utifrån rutin och beskrivna områden.

---

## 4. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Med hjälp av ledningssystemet får verksamheterna stöd i det dagliga arbetet med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

Ledningssystemet gör det även möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Detta skapar tydlighet och ordning och reda i verksamheterna.

Socialnämnden i Hofors kommun har valt att använda ett eget uppbyggt ledningssystem som finns tillgängligt för all personal via kommunens intranät. Syftet är bland annat att säkra kvaliteten i verksamheterna genom ständiga förbättringar. Revideringar samt framtagande av nya processer och rutiner sker fortlöpande.

### 4.1 Riskanalys

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

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Verksamhetens enhetschefer ska tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal identifiera risker som finns individuellt hos brukarna/patienterna men även organisatoriskt. Vid varje händelse/rapporterad avvikelse ska en uppskattning av sannolikheten för att händelsen kan inträffa igen göras, och även en bedömning vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

MAS ansvarar för internutredningar/händelseanalyser inom det kommunala hälso- och sjukvårdsområdet. Riskanalyser utförs enligt handboken Riskanalys och händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten från SKR samt framtagen rutin i ledningssystemet.

I det förebyggande arbetet är riskanalys en del i ställningstagandet inför planerad vård men även planerade åtgärder på olika nivåer i organisationen. Vid upprättande av nya rutiner eller större rutinförändringar samt vid organisationsförändringar sker riskanalys. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

Riskanalys i verksamheten har under året genomförts kring covid-19 pandemin, bland annat gällande hemarbete, skyddsutrustning och arbete med misstänkt/bekräftat smittade.

### 4.2 Utredning av händelser - vårdskador

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

Effektiva arbetssätt för avvikelshantering är nödvändigt och en del i förbättringsarbetet för att öka kvalitet och säkerhet i organisationen. Utan en ändamålsenlig avvikelshantering kan organisationen och dess medarbetare inte ta lärdom av genomförda utredningar. Hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna, enligt Lex Maria, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser ska utredas av MAS, enligt framtagen rutin.

MAS ansvarar för bedömning om händelse ska Lex Maria- anmälas. Fastställd rutin finns för Lex Maria-utredningar. 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.

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

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

#### **Lex Maria/allvarliga avvikelser**

En Lex Maria anmälan har skickats till Inspektionen för vård och omsorg under 2021. Händelsen avsåg felaktighet vid dokumentation gällande dokumentation/överföring av ordination av dialyspreparat. IVO har avslutat ärendet med kommentar om att vidtagna åtgärder är tillräckliga.

Avvikelser som har bedömts som allvarliga har utretts av MAS. Under 2021 har bland annat allvarliga avvikelser gällande omvårdnadspersonal hanterat läkemedel utan delegation samt agerande och kontakt med sjuksköterska vid svårt sjuk patient utretts. Efter vidtagna åtgärder har utredningarna kunnat avslutas.

### **4.3 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som har tagit del av informationen.

I och med dataskyddsförordningen (GDPR) har arbetet gällande informationssäkerhet stärkts upp. Anmälan om personuppgiftsincidenter inom verksamheten görs till kommunens Dataskyddssamordnare (DSS).

#### **Nationell patientöversikt (NPÖ)**

Den nationella patientöversikten gör det möjligt för legitimerad personal inom socialnämnden i Hofors kommun, att ta del av information som finns registrerad i en annan vårdgivares IT system. För att få tillgång till NPÖ, krävs speciell behörighet och utbildning. Kvalitetsaspekter för brukarna är att det blir en säker informationsöverföring mellan vårdgivare. Loggkontroller i NPÖ genomförs enligt framtagen rutin.

#### **Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal**

Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen HSF (2017:80) är MAS ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonalen för journaler i den omfattningen som beskrivs i Patientdatalagen (2008:355) samt föreskrift (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.



---

Under 2021 har enklare journalgranskningar genomförts gällande legitimerad personals dokumentation i verksamhetssystemet Treserva. Granskningen gjordes efter framtagna mallar.

#### **SITHS-kort**

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i vårdsystemen bland annat Pascal, NPÖ, Svevac, Lifecare, palliativa registret samt vid utfärdande av tandvårdskort.

SITHS-korten och HSA-katalogen hanteras av särskilt utsedda personer inom kommunen, i dagsläget socialnämndens IT-samordnare samt verksamhetschef kvalitet och HSL.

#### **Loggkontroll Treserva**

Systematisk loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva genomförs varje månad enligt framtagna rutiner.

## 5. RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### 5.1 Egenkontroll

Område	Resultat	Analys	Ev. åtgärder
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	Riskbedömningar registreras i verksamhets-systemet Treserva	Efter uppgraderingen ska riskbedömningar journalföras på ett nytt sätt. Detta har inte fungerat tekniskt under delar av året varvid statistik inte kan fås fram.	Fortsatt diskussion/utbildning i registrering av riskbedömningar i verksamhetssystemet Treserva
Hygienrutiner och klädregler	Inget resultat	Mätning ej genomförd under 2021.	Se över eventuellt deltagande i PPM under 2022.
Hygienrond	Verksamheterna har gjort egna hygienronder under året. Ingen hygienrond tillsammans med Vårdhygien har genomförts på grund av rådande pandemi.	Hygienrond genomförd enligt Vårdhygiens framtagna mallar.	Dialog med Vårdhygien om hygienrond kan genomföras på enheterna under 2022.
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Granskning av extern aktör via läkemedelsenheten, region Gävleborg.	Sammantaget har inga stora brister identifierats. Vi har rutiner men några behöver revideras. God ordning och ändamålsenliga lokaler.	Revidering av rutiner.
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Sjuksköterskor genomför kontroll enligt rutin. Några avvikelser gällande saknad narkotika har registrerats.	I en del fall har saknad narkotika kunnat hittas (ex felräkningar, missat att dokumentera). I enstaka fall har ingen orsak identifierats, lokala rutiner för kontroll har upprättats. Polisanmälan gjord i ett ärende.	Fortsatta kontroller. Kontakt med MAS vid upptäckta brister.
Medicinteknisk utrustning	Årliga kontroller ska genomföras.	MAS deltar i grupp via LänsMAS för arbete kring kontroller av medicinteknisk utrustning. Hjälpmiddelsrutiner har implementerats under året. Hjälpmedelombud har utsetts i verksamheterna.	Fortsatt implementering av hjälpmiddelsrutiner
Journalgranskning	Mindre journalgranskning har genomförts. Vissa brister har identifierats.	Leg personal har fått ett helt nytt sätt att dokumentera vilket i sig tar tid att lära sig.	Fortsatta diskussioner/utbildning. Rättningar och uppdateringar av systemet sker

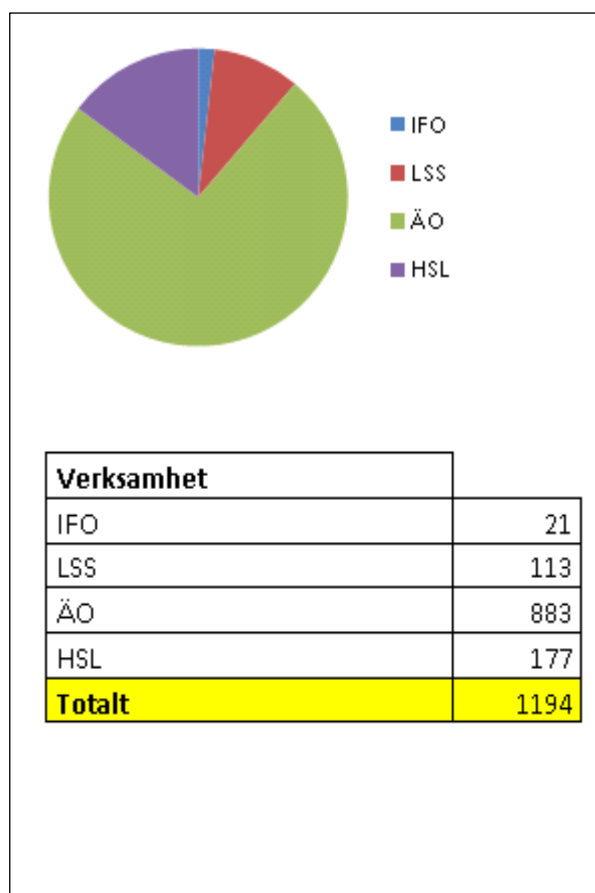
			fortlöpande med CGI.
Loggkontroller Treserva	Loggkontroller har genomförts enligt rutin.	Ett fel i händelseloggen har medfört att det inte går att slumpa fram användare vilket har försvårat kontrollerna.	Fortsatt dialog med CGI gällande rättning av felet med att slumpa användare. Alternativa lösningar har fått användas.
Avvikelse, klagomål och synpunkter	1147 avvikelser har registrerats under året, de flesta berör fall (455) och läkemedel (472).	Avvikelse utreds enligt framtagen rutin.	Se över möjlighet till systematiska sammanställningar av avvikelser. Information och identifiera behov av insatser relaterat till stor ökning av läkemedelsavvikelser.
Loggkontroller NPÖ	Inga loggkontroller har genomförts under året.	En gammal rutin från region Gävleborg för loggkontroll av NPÖ finns men den är svår att förstå.	Revidera rutin och införa loggkontroll i NPÖ under 2022.

## 5.2 Avvikelser

Avvikelser registreras i verksamhetssystemet Treserva och ska utredas kontinuerligt enligt rutin för avvikelshantering. Återkoppling av utredningen ska ske till den som registrerat avvikelserna samt till berörd arbetsgrupp, detta kan till exempel genomföras på arbetsplatsträff.

Fördelningarna av avvikelser under 2021 beskrivs i tabellerna nedan.

Antal avvikelser totalt per Händelse	
Arbetsrutiner	106
Bemötande	2
Brottslig handling	2
Dokumentation	28
Fall	455
Handläggning	6
Hjälpmedel	7
Information/Kommunikation	21
Informationsöverföring	12
Insatser	6
Lex Sarah	0
Lokaler/Resurser	4
Läkemedel	472
Omvårdnad	23
Utebliven behandling	0
Utebliven insats	28
Uteblivet besök	2
Våld och övergrepp	10
Vård och behandling	10
Vårdrelaterade infektioner	0
Övergrepp sexuellt	0
<b>Totalt</b>	<b>1194</b>

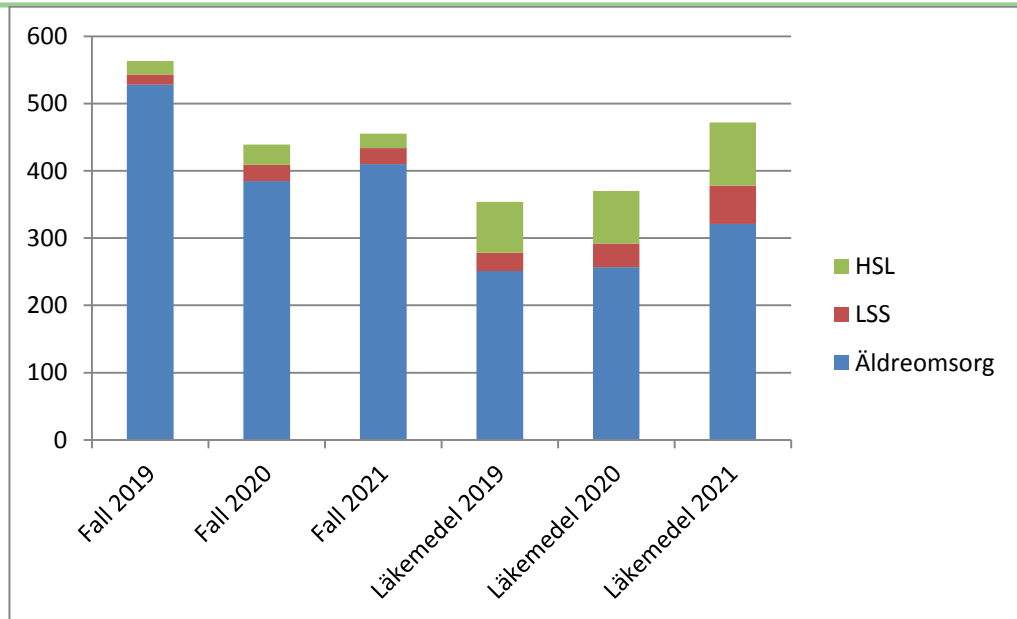


Fallavvikelser har över tid varit svårt att komma fram till något enhetligt gällande vad som ska rapporteras som en fallavvikelse och vad som enbart ska dokumenteras i journal. Under året har det arbetats med att skilja ut vilka fall som ska rapporteras som avvikelse fortsatt. Antalet fall under 2021 är något högre än antalet fall 2020.

Av totalt 454 fall var det 61 unika personer som har fallit, 31 kvinnor och 30 män. Fallprevention är ett område som ständigt bör vara en aktiv del av arbetet inom verksamheterna.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 371 till 472, en ökning kan ses inom samtliga verksamheter (ÄO, LSS och HSL). Statistiken visar att det är 88 unika personer som förekommer i läkemedelsavvikelserna. Det skulle vara intressant att sammanställa dessa avvikelser för att se ett eventuellt samband. Arbetet gällande utbildning i läkemedelshandling och avvikelser har genomförts inom en hemtjänstgrupp. Sjuksköterska med AST-tjänst (akademisk specialist tjänstgöring) höll i utbildningen som en uppgift med att jobba med ett förbättringsarbete. Om arbetet faller väl ut kan samma utbildning hållas inom fler personalgrupper.

Inom äldreomsorgen och LSS gäller avvikelser övervägande bortglömd eller missad överlämning av dos. Inom HSL är det till övervägande del fel på signaturlista eller att signaturlista och ordinationshandling inte överensstämmer.



	2019	2020	2021
HSL fall	20	30	21
LSS fall	15	24	240
ÄO fall	528	385	410
HSL läkemedel	76	78	94
LSS läkemedel	27	35	57
ÄO läkemedel	251	257	321

Målet med att utveckla avvikelshanteringen behöver vara kvar som mål även 2022.

#### Externa avvikelser

- En avvikelse har inkommit till kommunen från regionen. Den gällde dåligt ifyllda uppgifter/felaktiga personuppgifter på labbremsor.
- 25 stycken avvikelser har skickats från kommunen till regionens verksamheter, se sammanställning nedan.  
Svar har kommit på de flesta skickade externa avvikelserna men svaren är överlag relativt kortfattade och det är svårt att få några konkreta svar gällande identifierade orsaker och vidtagna åtgärder.

Mottagare	Kort beskrivning vad avvikelsen avser
Hofors HC vårdenhetschef	Bristar vid planerad SIP
VEC Njur.mott Gävle sjukhus	Brist i överrapportering/läkemedel
Hofors HC vårdenhetschef	Brist i dokumentation
KAVA, VEC	Brist i dokumentation, rapportering.
	PVK kvar vid hemkomst
Familjeläkarjouren.	Berdskajour ej nåbar.
Sjukreseenheten	Nekad bärhjälp
Akutvårdsavdelning	Oklara medicinord

Njur/Hematologi avd	Oklara medicinordinationer/kommunikation
Geriatriken avd 11	PVK kvar vid hemkomst
Gyn.avd	Brist i överrapportering/PVK+SVP kvar
Hofors HC VEC	Läkare missat att läsa provsvar.
109 S, Gävle sjukhus	Brist i läkemedelsord, sondmat/recept
Hofors HC vårdenhetschef	Fel vid utprovning av lyftsele
Njur/Hematologi avd	Ej omlagd PD-kad
Hofors HC VEC	Läkare missat att skicka akutremiss.
Hofors HC VEC	Remiss skickad på fel pat?
Hofors HC VEC	Kommunikation/fel i dosleverans
Hofors HC VEC	Ökad dos av Heminevrin i dos/oklart varför
Hofors HC VEC/VC Tranevik	Samverkansavtal följs ej/ej patientsäkert
Hofors HC VEC	Oxascand 1x3 insatt på fel pat
Hofors HC VEC	Saknas medicin i dospåsar, läkare ej förnyat.
Njur/Hematologi avd	saknas ordination av I-m, ej covidtest, saknas ssk och läkar epikris, upptäckt sår som ej rapporteras
Hofors HC VEC	utlovad ordination och akutrulle ej utfört
Hofors HC VEC	Felaktig ordination/läkemedelslista
Strokemottagningen Gävle sjukhus	ej utfärdad sjukreseintyg

Se kvalitetsberättelsen för övergripande genomgång av avvikelser.

### 5.3 Klagomål och synpunkter

Under 2021 har sex klagomål och synpunkter inkommit som rör kommunens hälso- och sjukvård, se sammanställning nedan:

Mottagare	Kort beskrivning vad avvikelserna avser
Äldreomsorgen	Sjuksköterskor uppträdande vid vaccination
Äldreomsorgen	Hälso- och sjukvården på Hesselgrenska (besvarades tillsammans med Hofors HC)
Äldreomsorgen	Smittskyddsrutiner på korttids, Hesselgrenska
Äldreomsorgen	Daglig omvårdnad, Hesselgrenska
LSS	Avgifter inom LSS
Äldreomsorgen	Rätten att ta med husdjur till dagvården

Vid utredningar har inga brister identifierats. Ärendena har besvarats enligt rutin.

Under 2021 har ärenden inkommit från Patientnämnden där Hofors kommun har fått lämna sitt yttrande. Samtliga inkomna ärenden berörde fördröjd eller felaktig diagnos/bedömning av läkare.

MAS och sjuksköterska har även medverkat i Lex Maria-utredning som gjordes av Hofors HC gällande fördröjd diagnos/missade symtom. IVO har avslutat ärendet och anser att Hofors HC vidtagit tillräckliga åtgärder.

---

## 5.4 Händelser och vårdskador

Under 2021 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört två händelseanalyser, vilken inte ledde till Lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den ena avsåg omvårdnadspersonals agerande i hantering av svårt sjuk brukare. Den andra gällde omvårdnadspersonal som hanterat läkemedel utan delegering.

Coronapandemin har även under 2021 krävt stort fokus av all vård- och omsorgspersonal. Omvårdnadspersonalen påverkas av hantering av kohortvård och skyddsutrustning. Sjuksköterskorna har lagt mycket tid på vaccinationer gällande covid samt provtagningar av alla med misstänkt sjukdom. Samtliga inom vård och omsorg har under hela året arbetat med visir och/eller munskydd som source control, detta för att förhindra smittspridning inom verksamheterna. Trots detta har smittan kommit in i verksamheterna under 2021.

### Lex Maria

Under 2021 har en Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Utredningen gällde brister i dokumentation/överföring av ordination vid dialysbehandling. IVO beslutade att avsluta ärendet och ansåg att tillräckliga åtgärder var vidtagna.

### Läkemedel

Alla enheter ska ha en uppdaterad lokal arbetsordning gällande läkemedelshantering, detta har delvis uppfyllts under året. Vid granskningar av läkemedelsrum har den lokala arbetsordningen gått igenom och uppdaterats.

Föregående MAS har medverkat med respektive sjuksköterskor på enheterna för att uppdatera arbetsordningen. Detta arbete behöver fortlöpa varje år. LänsMAS ska tillsammans med länets läkemedelsgrupp ta fram en mall för lokal arbetsordning gällande läkemedelshantering, denna ska användas när den är godkänd.

Totalt har 116 stycken läkemedelsgenomgångar, LMG, har registrerats i verksamhetssystemet Treserva. (SÄBO 56st, HSV 46st och LSS/psykiatri 14st.)

Sjuksköterskorna upplever fortsatt att LMG inte genomförs i enlighet med den rutin som finns från regionen och även lokalt i kommunen. Problemen har lyfts i samverkansmöten med hälsocentralen och ett arbete behöver fortsätta under 2022 för att få en gemensam bild och en plan för att involvera den enskilde och eventuellt anhöriga.

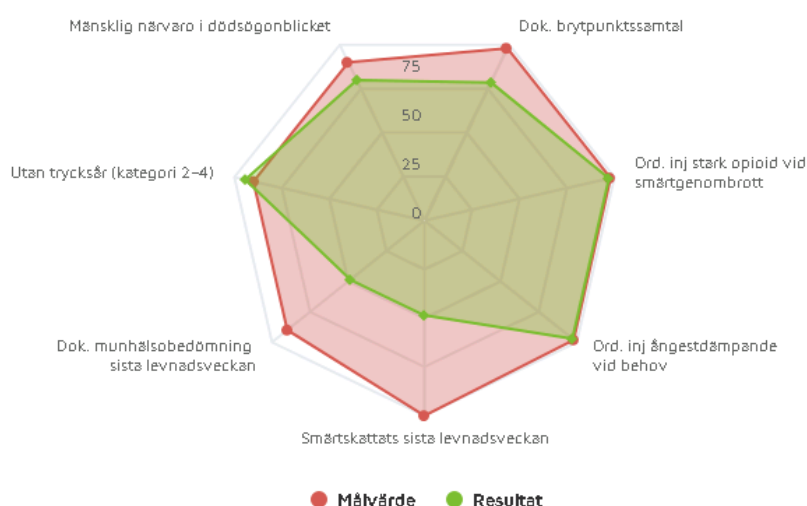
Målet att öka delaktigheten vid årlig läkemedelsgenomgång anses uppfyllt utifrån att antalet registrerade LMG har ökat och diskussioner förs med hälsocentralen om ändrat arbetssätt vid läkemedelsgenomgång för att leva upp till den gemensamma rutinen.

## Palliativ vård

Socialnämnden har under 2021 registrerat 70 avlidna i palliativa registret, av totalt 70 avlidna inom kommunens verksamheter (varav 15 avlidna på korttids). Sammanställningen nedan visar resultatet av de registreringar som har gjorts under 2021.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Hofors 2017	Hofors 2018	Hofors 2019	Hofors 2020	Hofors 2021
Smärtskattas sista levnadsveckan	100 %	36 %	40,7 %	35,2 %	40,3%	48,6%
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	82 %	48,1 %	50 %	41,8%	48,6%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %		88,9 %	83,4 %	83,6%	80%
Ord. stark opioid vid smärtgenombrott	98%			100%	98,5%	97,1%
Ord. ångestdämpande vid behov	98%			98,1%	98,5%	97,1%
Dok. brytpunktsamtal	98%			77,8%	82,1%	78,6%
Utan trycksår	90%			87,0%	89,6%	94,3%

Period 2021-01 - 2021-12



Målen med att genomföra och dokumentera strukturerad smärtskattning och munhälsobedömning sista veckan i livet har inte nåtts. Bedömningarna görs men inte alltid enligt de efterfrågade dokumenten i palliativa registret. Utbildning i smärtskattningsinstrument (Abbey Pain scale) är planerad till våren 2022.



---

Rutin för palliativ vård har tagits fram under 2021, enligt rutinen ska smärtskattning och munhälsovårdsbedömning genomföras regelbundet under dygnet enligt framtagna mallar. Implementering av rutinen har påbörjats och behov av revidering ses över regelbundet.

### **Demensvård**

Arbetet med registreringarna i BPSD registret fortsätter. Ett omtag med utbildning av fler administratörer behövs. Utbildning var planerad till januari 2022 men fick på grund av pandemin skjutas upp till mars 2022.

Vi får månadsrapporter från registret men då vi saknar administratörer på flera enheter är underlaget väldigt litet.

### **Kvalitetsregister**

#### *ROAG*

Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. De äldre har idag fler egna tänder, kronor, broar och implantat som kräver noggrann munhygien. Bristande munhygien kan bland annat leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder. Patienters munhälsa kontrolleras årligen enligt framtagna rutin för riskbedömning genom bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide).

Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

#### *Trycksår*

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, och ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv.

Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget och trycksåret orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har mer än ett trycksår.

Som ett komplement till en klinisk bedömning används bedömningsinstrumentet Norton för att identifiera risken för trycksår. Kontrollen ska genomföras enligt framtagna rutin och dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

#### *Undernäring*

Enligt SKR:s beskrivning uppstår undernäring när en person under lång tid förbrukar mer energi eller andra näringsämnen än vad hon får i sig. Så småningom påverkas funktion och struktur i kroppens alla organ. För att identifiera risk för undernäring ska bedömningsinstrumentet MNA användas.

Riskbedömning ska göras enligt framtagna rutin minst en gång per år. Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

---

### *Fall*

Ett fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Som fall räknas även när en person rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. De flesta fallolyckorna sker i personens bostad på plant underlag. För att identifiera fallrisk ska riskbedömning göras enligt rutin med hjälp av bedömningsinstrumentet Downton Fall Risk Index. Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

### **Vårdhygien/smittskydd**

”Egenkontroll – vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg” som tagits fram i samarbete med Vårdhygien på Regionen, har använts inom samtliga enheter på grund av att Vårdhygien inte kunnat delta i externa granskningar. Resultatet visar några mindre brister som har åtgärdats.

### **Hygienrond**

På grund av coronapandemin har inga hygienronder kunnat genomföras under 2021.

Socialstyrelsens digitala hygienutbildning finns tillgänglig på intranätet för all personal. All vård- och omsorgspersonal har fått tillgång till webbutbildningar gällande basala hygienrutiner och klädregler.

### **Inkontinens**

Kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet behöver höjas. Fler sjuksköterskor behöver gå utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Arbete pågår för att kunna erbjuda utbildning samt att få sjuksköterskorna intresserade av att gå utbildningen.

### **Kommunikation - SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation**

Samtliga sjuksköterskor i kommunen har utbildats i SBAR i syfte att förbättra kommunikationen mellan kolleger, omvårdnadspersonal och andra vårdgivare. SBAR utbildning till omvårdnadspersonalen har genomförts på flertalet enheter, dock finns behov av uppföljningsutbildningar vilket inte har kunnat genomföras på grund av coronapandemin.

Sjuksköterskorna upplever att det finns en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen om att rapportera strukturerat.

## **5.5 Riskanalys**

Riskanalys i verksamheten har under året genomförts gällande gravida medarbetares arbetsituation under coronapandemin.

---

## 5.6 Övriga resultat

### Rehab

Under 2021 har bland annat kommunens rehabteam medverkat i implementering av rutiner för hjälpmedel. Implementeringen har kraftigt påverkats av coronapandemin så fördröjningar har uppkommit. Utbildning av hjälpmedelsombud har genomförts.

Kommunens arbetsterapeuter, fysioterapeuter och rehab assistenter är utbildade kursledare i förflyttningskunskap. Pandemin har påverkat möjligheten att genomföra fysiska utbildningstillfällen och digitala utbildningar har fått ersätta. Arbetet med fysiska utbildningar i förflyttningskunskap för omvårdnadspersonalen planeras att återupptas under 2022.

Hofors kommun har varit delaktig i samverkan med regionen gällande rehabilitering av corona-patienter då långvariga behov av rehabilitering har identifierats.

I december 2021 anställdes en av arbetsterapeuterna som MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering). Tjänsten är på 20% under en provperiod av ett år. Syftet är en samverkan med MAS och tydliggöra rehabs specifika område.

---

## 6. Mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Fortsatt implementering av rutin gällande palliativ vård. Utbildning i smärtskattningsinstrument för att öka bedömning av smärtskattning.
- God hygienisk standard genom mätningar av följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler.
- Utveckla avvikelshanteringen: Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på övergripande nivå för att se mönster och vidta verksamhetsövergripande förebyggande åtgärder, systematiska sammanställningar.
- Öka och vidmakthålla användandet av kommunikation SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation. Genomföra repetitionsutbildningar samt utbildning för nya medarbetare.
- Se över möjligheten att höja kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet. Undersöka möjligheten till distansutbildning
- Genomföra revideringar av lokal arbetsordning för läkemedelhantering
- Förbättra samverkan mellan kommunen och primärvården gällande läkemedelsgenomgångar
- Öka registreringen och användandet av BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, på kommunens demensenheter, genom att ta ett omtag ute på enheterna och utbilda sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.