

# **Patientsäkerhetsberättelse**

År 2020

Dnr 2021 ON0027

---

---

## Innehåll

.....	1
<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>4</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER 2020 .....</b>	<b>6</b>
<b>ORGANISATION OCH ANSVAR.....</b>	<b>7</b>
<b>SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR .....</b>	<b>8</b>
<b>PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET .....</b>	<b>8</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET .....</b>	<b>8</b>
<b>KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....</b>	<b>9</b>
<b>PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN .....</b>	<b>9</b>
Covid-19 .....	9
Riskanalys.....	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet .....	10
Egenkontroller .....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS- .....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll .....	13
Kompetensutveckling .....	15
Basal Hygien.....	15
Evondos .....	16
PPM trycksår .....	16
BPSD .....	16
Palliativa registret.....	18
Munhälsa .....	21
Vårdrelaterade infektioner.....	22
Trycksår .....	22
Inkontinensvård .....	22
Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert .....	23
Kostnader HSV .....	23
Inskrivningsamtal och delaktighet vid upprättande av vård/rehabplaner .....	23
Avvikelser.....	24

---

Klagomål och synpunkter.....	25
Händelser och vårdskador .....	25
Risikanalys.....	25

<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>25</b>
--	-----------

---

## Sammanfattning

Smittan tog sig in på ett par boenden och även i hemtjänst. Intensiv fortbildning till alla medarbetare initierades, skyddsutrustning togs fram och i april månad infördes ett nationellt besöksförbud på alla äldreboenden.

Tack vare medarbetare som arbetade intensivt med att begränsa smittan, planering av möjligheter att träffa nära och kära utomhus på ett säkert sätt och en beredskap att följa myndigheternas rekommendationer som utvecklades och förändrades i en rasande takt, lyckades Hylte kommun att begränsa smittan på ett mycket effektivt sätt. Under hösten avbröts besöksförbudet på äldreboendena och kort därefter återkom smittan igen och tog sig även då in på ett boende och i hemtjänst. Tack vare en väl utvecklad rutin för smittspårning kunde man konstatera att medarbetarna arbetat så effektivt att ingen spridning skett.

På grund av pandemin utvecklades de digitala mötena från att ha varit sällanförekomster till att bli en självklarhet i vardagen. Användandet av digitala media är numera vedertaget. Detta ställer dock krav på tillgänglighet till digitala lösningar och att utvecklingen snabbas på.

Upphandling av journalsystem genomfördes och införande kommer att ske under 2021.

En arbetsgrupp utsågs under 2020 för att vidareutveckla inskrivningssamtalen. Detta arbete får fortsätta under 2021 och kommer att ske parallellt med byte av journalsystem så att man får stöd av verksamhetssystemet, vilket skulle underlätta dokumentationen

NVP, nationell vårdplan för palliativ vård, är ett hjälpmedel för att kunna ge en god palliativ vård. Ca 25% av de boende i särskilt boende har en upprättad NVP del 2. Mer diskussion i personalgruppen behövs om arbetssättet. Vidare behöver också närsjukvårdens läkare involveras, eftersom de måste medverka för att kunna upprätta planen. Del NVP 2D används till alla som är i ett senare skede av den palliativa vården.

Resultat från palliativa registret visar att 71,4 % smärtskattas sista levnadsveckan. Resultatet från palliativa registret är beroende av svar i dödsfallsenkäten där man kan tolka frågor på olika sätt och därmed ge ett lägre resultat. Resultatet på 71,4 % kan felaktigt tolkas som om inte alla patienter får en bedömning (skattning) av ev. smärta under sin sista tid.

Hylte kommun har sedan flera år ett arbetssätt där sjuksköterska gör kontinuerliga bedömningar var 4:e timme på patienter i sent palliativt stadi (dagar till veckor kvar i livet). Vid dessa besök görs en bedömning av patientens status och olika symtom varav smärta är en viktig del. Sjuksköterskan gör en skattning av smärta för att bedöma behovet av smärtstillande behandling. Dock kan det inte alltid göras med ett validerat bedömningsinstrument, då patienten ej kan medverka, utan görs med hjälp av observation av patient samt sjuksköterskans kliniska blick.

Efterlevandesamtal erbjuds till närstående som förlorat en anhörig. Målet med efterlevandesamtal är att stödja närståendes sorgehantering och fånga upp eventuella frågor. Även att försöka reda ut eventuella oklarheter angående sjukdomen, vården, och dödsfallet och att möjliggöra synpunkter på

---

verksamheten och vårdtiden. Patientansvarig sjuksköterska ringer upp närstående en tid efter dödsfallet och erbjuder samtal. Erbjudandet ska dokumenteras i patientjournal. I början på året ändrades rutinen för efterlevandesamtal. Vid kontroll finns detta i en del journaler, men måste göras ett omtag om målet ska vara 100%. I de allra flesta fall ringer sjuksköterska närstående efter dödsfall men erbjudandet blir inte dokumenterat i journal.

Rehaborganisationens egenkontroll visade att 80 % dokumenterades samma dag. Det bedöms som ett bra resultat, men verksamheten kommer att arbeta vidare med detta under 2021 för att nå 90 %.

Tillgängligheten mättes med måttet att kontakt ska etableras inom 2 dagar. Verksamheten nådde upp till detta till 98 %. Det bedöms som ett gott resultat och verksamheten kommer att arbeta för att bibehålla resultatet.

---

## Inledning

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

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

## Övergripande mål och strategier 2020

Det främsta målet är alltid att bedriva god och säker vård, vilket också är lagstadgat. All verksamhet är i ständig utveckling och vi måste följa utvecklingen för att se vilka former den tar. Som en del i utvecklingsarbetet planerades följande utvecklingsarbete:

- Byte av journalsystem
- Vidareutveckla mall för inskrivningssamtal.
- NVP- Nationell vårdplan för palliativ vård

Målet är att alla boende på särskilt boende ska ha en upprättad NVP del 2. Verksamheten ska kunna beskriva orsaken till eventuella undantag.

- Att nå 100% smärtskattning sista levnadsveckan
- **Rehab-Journalgranskning:**  
April/Oktober mätning av förfluten tid mellan händelsetid och dokumentationstid. Medarb redovisar antal dagar som förflutit från insats till dokumentation.  
(Mål: dokumentation samma dag)
- **Rehab- tillgänglighet:**  
April/Oktober mätning avförfluten tid från inkommet ärende till återkoppling.  
(Mål: återkoppling inom 2 dagar)
- **Rehab-Analys avvikelser/klagomål:**  
Maj/November Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämnare, antal, behov av åtgärder  
(Mål: finna förbättringsområden)
- **SSK- Analys avvikelser/klagomål:**  
Maj/November Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämnare, antal, behov av åtgärder  
(Mål: finna förbättringsområden)
- **SSK- Antal upprättade NVP:**  
Maj/November Antal upprättade NVP del 2 på SäBo  
(Mål: Alla boende ska ha en upprättad NVP del 2)(kunna beskriva undantagen)
- **SSK- Dokumenteras efterlevandesamtal**

---

December. Kontroll i vårdplan för samtliga avlidna under året.  
(Mål: 100% dokumenterade)

## Organisation och ansvar

**Omsorgsnämnden** är ansvarig vårdgivare och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) tillgodoses. Omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för patientsäkerheten i verksamheterna.

**Verksamhetschef** enligt 4 kap. 2 § HSL är omsorgschefen. Omsorgschefen har därför det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården och för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom omsorgsnämndens verksamheter.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** enligt 11 kap. 4 § HSL har tillsammans med omsorgsnämnden och verksamhetschefen det medicinska ledningsansvaret. MAS ansvarar för att det finns system för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen, PDL (SFS 2008:355) och att delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten (4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen, SFS 2017:80)

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschefens och MAS ansvar, frångår inte andra befattningshavare deras ansvar.

Verksamhetschef och MAS har tillsammans det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

**Enhetscheferna** ansvarar för att fastställda instruktioner och rutiner är kända och följs av alla medarbetare och att nya medarbetare får den introduktion som krävs, för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt. I enhetscheferna ansvar ingår också att se till, att resursanvändning och bemanning är optimal för att kunna uppnå en god och säker vård och omsorg.

**Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal** har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att rapportera risker och avvikelser.

**Omsorgspersonal** med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför sådana uppgifter. De har skyldighet att följa de instruktioner och rutiner som styr den kommunala hälso- och sjukvården. Omsorgspersonalen ska också aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och avvikelser.

I övrigt räknas deras arbete som socialtjänst.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Legitimerad personal samverkar varje vecka med vårdcentralens personal. Då medverkar även omsorgshandläggare. Syftet är att kunna erbjuda en tvärprofessionell vård och omsorg och att inga behov ska missas eller falla mellan stolarna.

Vidare samverkar legitimerad personal med omsorgsenheterna, framför allt för att tillsammans arbeta förebyggande mot undernäring, fall och trycksår, men också för att följa upp det dagliga arbetet.

Hylte kommun samverkar på övergripande nivå genom att medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Halland regelbundet träffas och genom den regionala patientsäkerhetsgruppen ta upp och ta fram övergripande rutiner.

Det finns också en regional stödstruktur som samtliga kommuner och regionen deltar i. Denna består av flera olika områden, däribland socialtjänst och närallgande hälso- och sjukvård.

## Patienters och närståendes delaktighet

Hälso och sjukvårdsorganisationen ska göra patienter, och när det är möjligt även närstående, möjlighet att delta i planeringen av vården. Det gäller också att patienten själv ges möjlighet att ansvara för de delar patienten har möjlighet att ansvara för. Denna delaktighet samt patientens inställning till vården ska dokumenteras i journal.

I samband med att avvikelser bör också patienten beredas möjlighet att yttra sig, ta del av informationen och påverka eventuella åtgärder, när så är rimligt och möjligt.

Vid händelser med risk för allvarlig vårdskada eller vid inträffad allvarlig vårdskada kontaktas patient/närstående för att ge dem möjlighet att yttra sig om händelsen och lämna förslag på åtgärder för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året varit inbjuden till sammanträden med Kommunala pensionärsrådet för dialog och informationsutbyte.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Samtliga medarbetare i vård och omsorg har en skyldighet att avvikelserapportera samtliga avvikelser. Det sker i ett digitalt system. Närmaste chef ansvarar för att utreda händelserna och att planera och verkställa eventuella åtgärder. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att utreda och rapportera allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador till IVO, inspektionen för vård och omsorg.

Varje omsorgsenhet sammanställer de avvikelser som uppstått i verksamheten och analyserar sammanställningen tillsammans med legitimerad personal.

Varje enhet ska tvärprofessionellt analysera sammanställningar av de avvikelser som uppkommit på enheten. Det sker på så kallade VOP-vård- och omsorgsplaneringsmöten.



---

## Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan lämnas på kommunens hemsida, på en särskild blankett, via e-post, brev, telefonsamtal eller personligt besök. Inkomna klagomål och synpunkter skickas vidare till berörd chef som besvarar och återkopplar, om så önskas, till den som lämnat synpunkten.

Inkomna klagomål som berör hälso- och sjukvård frågor från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, IVO utreds av närmaste chef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är vid behov delaktig och granskande.

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Kommunerna ansvarar för hemsjukvård för patienter som inte kan ta sig till vårdcentral. Kommunerna i Halland och Region Halland har under det gångna året haft dialog kring utformningen av hemsjukvårdsavtalet.

Gemensamma arbeten har också pågått för att förbättra överföringen av patienter från slutenvård till kommunal vård och omsorg.

På grund av pandemin har kommunerna och regionen samarbetat i olika forum; Vårdhygien Halland, Smittskydd Halland, Närsjukvården Halland och kommunerna har byggt upp regelbundna forum för att tillsammans kunna lösa exempelvis tillgång till skyddsutrustning och vaccination.

Uppföljning av signeringsverktyget Appva sker varje kvartal och förbättringar sker löpande. Hylte kommun har mycket goda resultat vad gäller andel signerade insatser. Här kan man särskilt se att andelen delegerade rehabinsatser har ökat.

## Covid-19

I februari kom Corona till Sverige och även Hylte kommun fick så småningom sina första fall. Inledningsvis var skyddsutrustning en bristvara då hela världen samtidigt fick ett ökat behov av detta. Region Halland tog på sig ansvaret att säkerställa tillgången och förser nu kommunerna med desinfektionssprit, handskar, munskydd, förkläden och provtagningsmaterial. Ett mycket tätt samarbete mellan kommuner och regionen startades upp för att finna arbetssätt utifrån de frekvent ändrade direktiven från Folkhälsomyndighet och regering.

Fram till 200630, första vågen, hade nio patienter i kommunal verksamhet bekräftad Covid.19.

Under hösten/vintern tillkom ytterligare fem patienter.

Mellan maj och september månad fanns inga fall. Verksamheterna arbetade stenhårt med fortbildning i basal hygien. Vid misstänkt och konstaterad smitta ställdes omsorgen om till så kallad kohortvård. Att finns sätt för de boende att bland annat kunna träffa sina närstående, att ändå kunna finna en meningsfull vardag, har varit en stor utmaning för omsorgen.

## Risikanalys

Patientsäkerhetslagen förtydligar vikten av ett förebyggande arbete och inte enbart omhändertagande av redan uppkomna avvikelser.

---

Syftet med att identifiera de risker som finns i verksamheten är att förebygga vårdskador. Det kräver att alla chefer och medarbetare har ett riskmedvetet förhållningssätt och vet vad som pågår i den egna verksamheten.

Inför förändringar i verksamheten eller vid införande av nya behandlingsmetoder eller arbetssätt som kan komma att påverka patientsäkerheten ska riskbedömning och analys initieras och genomföras.

Även risk för avvikelser kan rupperteras i verksamhetssystemet för avvikelshantering. Rapporterna utreds då på sedvanligt vis av ansvarig chef och eventuella åtgärder tas fram.

Fortlöpande ska det i verksamheten göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta sker genom teamarbete, statistikuppföljning och riskanalyser inom olika områden.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador ska anmälas till IVO, Inspektionen för vård och omsorg. När avvikelser utreds klassificeras de i olika allvarlighetsgrader. Det är också viktigt att inte enbart analysera en enskild händelse utan att analysera samtliga händelser för att finna eventuella samband.

### **Informationssäkerhet**

Hylte kommun samarbetar med Region Halland gällande ID-kort för säker autentisering till de digitala verktyg som används.

Loggkontroller i verksamhetssystemet är genomförda enligt rutin. Ingen otillåten inhämtning av information skett. Ingen anmälan om dataintrång har gjorts.

## Egenkontroller

<b>Egenkontroll- EC</b>	<b>Internkontrollplan-verktyg</b> Deltagande och analys av resultat i de nationella och regionala register, enkäter och PPM som Hylte deltar i. Analys ska göras på enhetsnivå och övergripande utifrån <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Årets resultat</li> <li>2. Jämförelse med förra året</li> <li>3. Jämförelse med Halland, Sverige</li> <li>4. Mål</li> <li>5. Måluppfyllnad.</li> </ol>	<b>MAS-tillsyn</b> (planerad och på uppkommen anledning)  Granskningar sker vid utredningar samt i planerad form. En 3-årsplan planeras för hur de olika områdena ska granskas. 2020: läkemedel, delegering, dokumentation 2021: god och säker vård, att pat får den vård läkare ordinerat, att leg pers kontaktas när så krävs, 2022: Avvikelse rapportering
<b>Patientsäkerhetsberättelse</b>	<b>Patientsäkerhetsberättelse</b>	<b>ON och patientsäkerhetsberättelse</b>
<b>Rehab-Journalgranskning:</b> April/oktober: Mätning av Förfluten tid mellan händelsetid och dokumentationstid. Medarb redovisar antal dagar som förflutit från insats till dokumentation. (Mål: dokumentation samma dag)	<b>PPM- trycksår (Punktprevalensmätning)</b>	<b>Dokumentation</b>
<b>Rehab-tillgänglighet:</b> April/oktober: Mätning av förfluten tid från inkommet ärende till återkoppling. (Mål: återkoppling inom 2 dagar)	<b>BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)</b>	<b>Delegering</b>
<b>Rehab-analys avvikelser/klagomål:</b> Maj/november: Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämnare, antal, behov av åtgärder (Mål: finna förbättringsområden)	<b>Basal hygien</b>	<b>Läkemedel</b>
<b>SSK- Analys avvikelser/klagomål:</b>	<b>Palliativa registret</b>	<b>Att pat får den vård läkare</b>

Maj/november: Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämnare, antal, behov av åtgärder (Mål: finna förbättringsområden)		<i><b>förordnat om</b></i>
<b>SSK- Antal upprättade NVP(nationell vårdplan för palliativ vård):</b> Maj/november: Antal upprättade NVP del 2 på Särskilt Boende (Mål: Alla boende ska ha en upprättad NVP del 2)(kunna beskriva undantagen)	<b>Senior Alert</b>	<i><b>God och säker vård=vård o rehab</b></i>
<b>SSK- Dokumentera efterlevandesamtal:</b> December: Kontroll i vårdplan för samtliga avlidna under året. (Mål: 100% dokumenterade)	<b>Så tycker äldre om äldreomsorgen</b>	<i><b>avvikelse rapportering</b></i>
		<i><b>Kontakt med ssk/läk när så krävs</b></i>

---

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

**Rehab-Journalgranskning:** Målet är att dokumentation ska ske samma dag. Egenkontrollen visade att 80 % dokumenterades samma dag. Det bedöms som ett bra resultat, men verksamheten kommer att arbeta vidare med detta under 2021 för att nå 90 %.

**Rehab- tillgänglighet:** Målet är att kontakt ska etableras inom 2 dagar. Egenkontrollen visar att verksamheten når upp till detta till 98 %. Det bedöms som ett gott resultat och verksamheten kommer att arbeta för att bibehålla resultatet.

**Rehab-Analys avvikelser/klagomål:** Endast en avvikelserapport har inkommit och inga synpunkter. Därför har ingen sammanställning och analys gjorts. Avvikelsen är hanterad.

**SSK- Analys avvikelser/klagomål:** Ingen sammanställning av avvikelser är gjord. Inga synpunkter har inkommit.

**SSK- Antal upprättade NVP Förklara NVP:** Målet är att alla boende på särskilt boende ska ha en upprättad NVP del 2. Ca 25% av de boende i säbo har en upprättad NVP del 2. Mer diskussion i personalgruppen behövs om arbetssättet. Vidare behöver också närsjukvårdens läkare involveras, eftersom de måste medverka för att kunna upprätta planen. Del NVP 2D används till alla som är i ett senare skede av den palliativa vården, detta fungerar bra.

**SSK- Dokumenteras efterlevandesamtal:** Målet är 100% dokumenterade efterlevandesamtal. Målet med efterlevandesamtal är att stödja närståendes sorgehantering och fånga upp eventuella frågor. Även att försöka reda ut eventuella oklarheter angående sjukdomen, vården, och dödsfallet och att möjliggöra synpunkter på verksamheten och vårdtiden. Patientansvarig sjuksköterska ringer upp närstående en tid efter dödsfallet och erbjuder samtal. Erbjudandet ska dokumenteras i patientjournal. I början på året ändrades rutinen för efterlevandesamtal. Vid kontroll finns detta i en del journaler, men måste göras ett omtag om målet ska vara 100%. I de allra flesta fall ringer sjuksköterska närstående efter dödsfall men erbjudandet blir inte dokumenterat i journal.

**Att nå 100% smärtskattning sista levnadsveckan:** Resultat från palliativa registret visar att 71,4 % smärtskattas sista levnadsveckan. Resultatet från palliativa registret är beroende av svar i dödsfallsenkäten där man kan tolka frågor på olika sätt och därmed ge ett lägre resultat. Resultatet på 71,4 % kan felaktigt tolkas som om inte alla patienter får en bedömning (skattning) av ev. smärta under sin sista tid. Hylte kommun har sedan flera år ett arbetssätt där sjuksköterska gör kontinuerliga bedömningar var 4:e timme på patienter i sent palliativt stadie (dagar till veckor kvar i livet). Vid dessa besök görs en bedömning av patientens status och olika symtom varav smärta är en viktig del. Sjuksköterskan gör en skattning av smärta för att bedöma behovet av smärtstillande behandling. Dock kan det inte alltid göras med ett validerat bedömningsinstrument, då patienten ej kan medverka, utan görs med hjälp av observation av patient samt sjuksköterskans kliniska blick.

---

**Byte av journalsystem:** Upphandlingsarbetet blev klart och införande kommer att ske under 2021.

**Vidareutveckla mall för inskrivningssamtal:** En arbetsgrupp utsågs under 2020. Detta arbete får fortsätta under 2021 och kommer att ske parallellt med byte av journalsystem så att man får stöd av verksamhetssystemet, vilket skulle underlätta dokumentationen.

---

## Kompetensutveckling

Sjuksköterskeorganisationen har genomfört följande fortbildningsinsatser:

- Vaccinationsutbildning, både allmän och för sjuksköterska för att få ordinationsrätt.
- Utbildning Inför införandet av Evondos.
- Utbildning sårvård.
- Någon har deltagit i utbildning palliativ vård.

Rehaborganisationen har genomfört följande fortbildningsinsatser:

- Bemötande för att motverka utåtagerande enligt Durewall

## Basal Hygien

I år gjordes endast en mätning av följsamhet till basala hygienrutiner. Det skedde på hösten. Många hygienombud var nya för uppdraget, så en kortare utbildning genomfördes innan följsamhetsobservationerna. Efter observationerna erbjöds ytterligare en fördjupande utbildning till ombuden.

De fyra stegen i basala hygienrutiner består av:

- Sprita händer före
- Sprita händer efter
- Korrekt användning av handskar
- Korrekt användning av plastförkläde

*De fyra stegen i klädregler består av:*

- Korrekt arbetsdräkt
- Fri från ring, klocka, armband, bandage och stödskena
- Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material
- Kort eller uppsatt hår

För att en observerad eller självskattad personal ska ha korrekt följsamhet till basala hygienrutiner krävs att alla fyra stegen är korrekta. Detsamma gäller för klädregler.

## Personalkategorier

Namn	Antal	%
A. Läkare	0	0
B. Sjuksköterska	23	10,3
C. Undersköterska	161	71,9
D. Arbetsterapeut	6	2,7
E. Sjukgymnast	1	0,4
F. Övrig personal	33	14,7
Total	224	100

---

#### Korrekt förfarande i samtliga fyra steg i basala hygienrutiner

Namn	Antal	%
A. Ja	155	69,2
B. Nej	69	30,8
Total	224	100

#### Korrekt förfarande i samtliga fyra steg gällande klädregler

Namn	Antal	%
A. Ja	214	95,5
B. Nej	10	4,5
Total	224	100

Årets satsning på basal hygien visar inte tydliga förbättringar i följsamhetsobservationerna. Trots detta har de verksamheter som drabbats av covid på ett mycket bra sätt begränsat smittan.

#### Evondos

Evondos är en maskin som portionerar ut dosdispenserade läkemedel vid rätt tidpunkt och samtidigt hjälper patienten att komma ihåg att ta dem genom att tala till patienten. Om dosen inte plockas ut ger maskinen ett meddelande till ansvarig sjuksköterska som då kan följa upp detta. Omkring tio patienter har under hösten fått prova att använda denna maskin. Fördelen är att inte bli beroende av att personal ska komma hem.

#### PPM trycksår (punktprevalensmätning)

Detta gjordes ej på grund av tidsbrist relaterad till pandemin.

#### BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

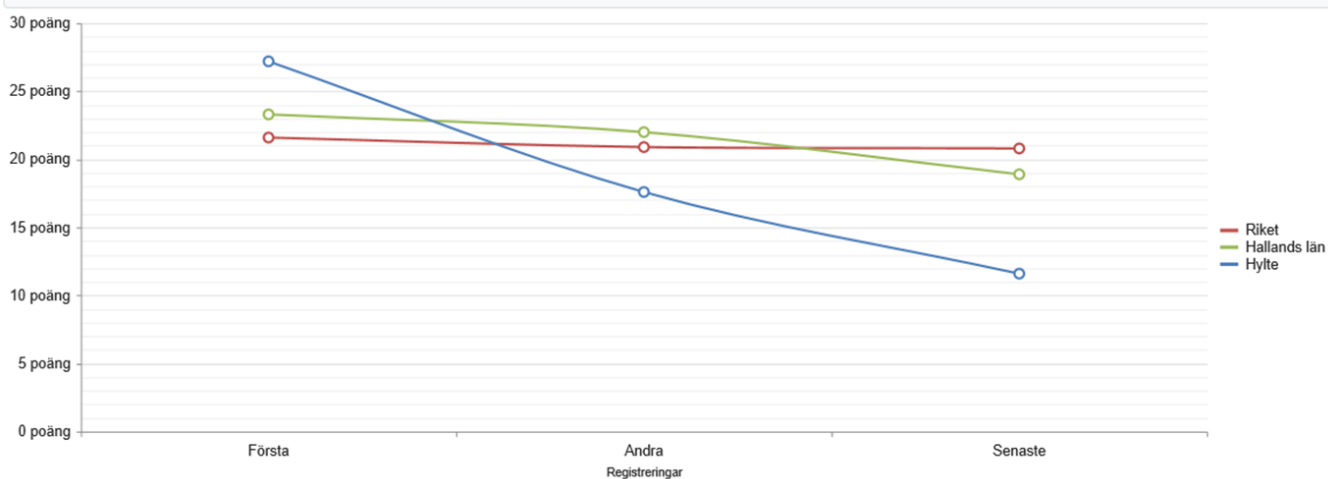
BPSD är ett register och ett arbetsverktyg som ska hjälpa verksamheten att bedöma och förstå patienters beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Skattningar av symtomen görs. Därefter beslutas om tvärprofessionella åtgärder. Resultaten kan följa upp med nya skattningar.



	Summa	2020-01	2020-02	2020-03	2020-04	2020-05	2020-06	2020-07	2020-08	2020-09	2020-10	2020-11	2020-12
Summa	1332	112	120	116	157	108	107	70	52	128	127	125	110
Falkenberg	273	18	23	28	38	36	12	9	12	38	22	21	16
Halmstad	390	39	29	45	48	33	24	28	13	39	44	27	21
Hylte	48	3	5	1	4	9	6	3	2	0	5	8	2
Kungsbacka	416	30	35	24	50	21	58	24	14	38	39	37	46
Laholm	47	6	8	5	5	3	4	0	2	7	4	2	1
Varberg	158	16	20	13	12	6	3	6	9	6	13	30	24

I Hylte kommun har totalt 48 registreringar gjorts för totalt 34 patienter. Könsfördelningen är neutral, det vill säga 50 % kvinnor och 50 % män. Bilden ovan hur många skattningar som skett per månad.

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



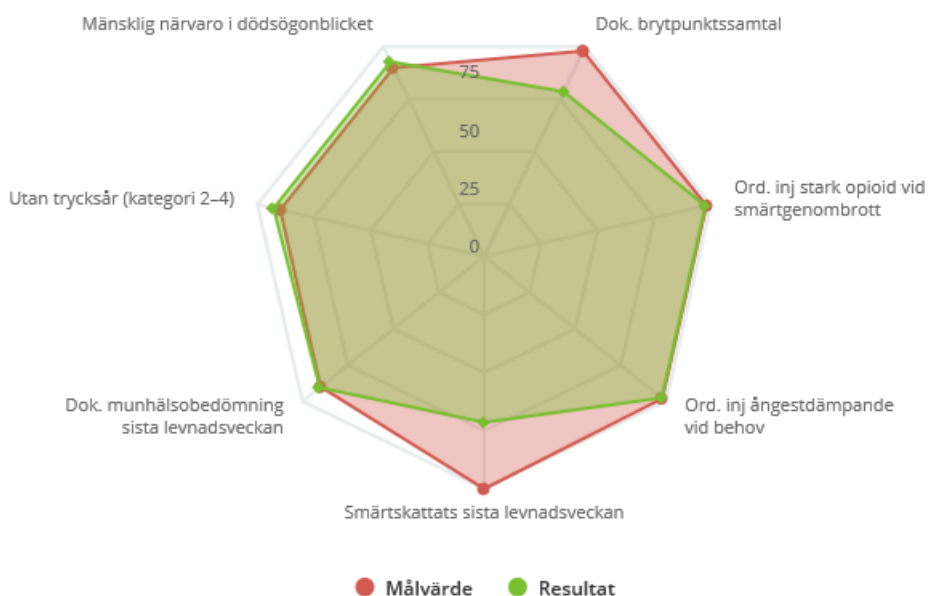
Bilden ovan visar att symtampoängen sjunker vid andra och tredje skattningen då tvärprofessionella åtgärder genomförts.

## Palliativa registret

Vid dödsfall registreras data i det nationella registret för palliativ vård. Nedanstående indikatorer används nationellt. Av indikatorerna är det fyra indikatorer som Hylte kommun ansvarar för; mänsklig kontakt i dödsögonblicket, utan trycksår, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan och smärtskattning sista levnadsveckan.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



---

Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	78,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	97,6
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	71,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	90,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	92,9
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,9

---

### **Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket**

Målvärdet är beslutat till 90%. Anledningen är att det inte alltid på förhand är möjligt att veta när dödsfallet kommer att ske. Det händer också att individer inte vill ha någon hos sig. Hylte kommun har dock en mycket hög närvaro på 92,9% som dock har sjunkit något från föregående års 95,3%.

### **Utan trycksår**

Antal trycksår mäts via kvalitetsregistret Senior Alert. Det händer att individer kommer hem från sjukhus med trycksår och risken för trycksår ökar markant sista tiden i livet på grund av minder rörlighet och sängläge. Alla trycksår innebär ett lidande och det finns alltid anledning att jobba vidare med de förebyggande åtgärder som finns till hjälp. Målvärdet på 90% klarar Hylte kommun med sina 92,9% i år.

### **Dokumenterad munhälsobedömning sista veckan**

Frågan i enkäten lyder:

"Dokumenterades en bedömning av personens munhälsa någon gång under den sista veckan i livet?"

Den sista tiden i livet är det vanligt att individen andas genom munnen och slemhinnan i munhålan blir då snabbt uttorkad. Genom att aktivt bedöma munhälsan kan munslemhinnan hållas ren och fuktad för att undvika sprickor och smärta. Det är vedertaget att sköta om munhålan vid vård i livets slut och Hylte kommun klarar målet med 90,5%.

### **Smärtskattning sista levnadsveckan**

Smärtskattning är alltid viktigt för att kunna minska en individs lidande. Individens upplevelse av smärta består av flera faktorer och endast individen själv kan bedöma intensiteten. Därför finns det verktyg till hjälp för att på ett mer konkret sätt kunna förstå individens upplevelser. VAS-skattning (visuell analog skala) är en skala där individen själv får bedöma intensiteten på smärtan. Abbey pain scale används när individen inte har möjlighet att själv visa eller uttrycka sin upplevelse. I sjuksköterskans profession ingår att alltid bedöma eventuell upplevelse av smärta. Trots att verktygen funnits tillgängliga länge har det visat sig svårt att dokumentera utifrån skattningsverktygen, utan det sker oftast utifrån den kliniska blicken. Det bekräftas av resultatet på 71,4%.

## Munhälsa

Region Halland erbjuder personer med stort omsorgsbehov munhälsobedömning. Under 2020 utfördes markant färre sådana bedömningar jämfört med 2019. Orsaken är troligen att det förelegat besöksförbud på äldreboenden under flera månader och att för att undvika smittspridning av coronavirus har mycket få fysiska kontakter tagits.

Tabell 1. Antal utförda munhälsobedömningar och antal personer med intyg per kommun 2020

Kommun	Aktuella intyg 2020-12-31	Munh. bedömning 2020-12-31		Munh. bed		Uppsökta 2020	
	Antal	Svar Ja	% av intyg	Svar Nej		Antal	% av Ja
Halmstad	1 745	811	46 %	934		338	42 %
Varberg	863	325	38 %	538		94	29 %
Hylte	209	107	51 %	102		14	13 %
Kungsbacka	996	464	47 %	532		240	52 %
Falkenberg	801	363	45 %	438		106	29 %
Laholm	409	148	36 %	261		122	82 %
Totalt	5 023	2 218	44 %	2805		914	41 %

Tabell 2. Antal utförda munhälsobedömningar och antal personer med intyg per kommun 2019.

Kommun	Aktuella intyg 2019-12-31	Munh. bedömning 2019-12-31		Munh. bed		Uppsökta 2019	
	Antal	Svar Ja	% av intyg	Svar Nej		Antal	% av Ja
Halmstad	1 790	846	47 %	944		820	97 %
Varberg	927	387	42 %	540		405	1,05 %
Hylte	206	105	51 %	101		90	86 %
Kungsbacka	1039	501	48 %	538		550	1,10 %
Falkenberg	829	363	44 %	466		387	1,07 %
Laholm	443	178	40 %	265		177	99 %
Totalt	5 234	2 380	45%	2854		2429	1,02 %

---

## Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner, VRI, orsakar ett stort mänskligt lidande för de drabbade patienterna och stora kostnader för samhället.

Merparten av alla patienter med en vårdrelaterad infektion behandlas dessutom med antibiotika, så även ur antibiotikaresistenssynpunkt är det viktigt att minska risken för smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner.

En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg.

Antal registrerade vårdrelaterade infektioner under 2019 var 86. Under 2020 fanns 56 rapporter om vårdrelaterade infektioner.

Huruvida riskfaktorer har ökat eller minskat finns inga uppgifter om. Det går endast att spekulera kring varför antalet rapporter sjunkit.

## Trycksår

Se avsnitt "Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert". I avvikelssystemet finns möjlighet att rapportera trycksår som en avvikelse. Dock återfinns endast 13 rapporter. Orsaken till detta kan vara att det inte finns en etablerad kultur att avvikelserapportera trycksår.

## Inkontinensvård

Projektet med Tena Identifi som påbörjades 2019 fortsatte under 2020 med nya tag. Tena Identifi är ett digitalt verktyg för att utreda individers inkontinensproblem. Målet är att kunna utforma inkontinensvården utifrån individens behov, genom att förskriva optimala inkontinensskydd och planera omsorgen på så vis att individens behov av toalettbesök bäst kan tillgodoses.

### Antal mätningar TENA Identifi:

*Januari: 2 st*

*Februari- maj:* Ingen mätning, omstart tillsammans med representant från TENA Identifi, skrivning av rutin och riktlinjer för Hylte Kommuns inkontinensvård samt en träff med alla inkontinensombud, ssk och enhetschefer för SÄBO under maj månad.

*Juni: 1*

*Juli: 1*

*Augusti: 1*

*September: 4*

*Oktober: 1*

*November: 0*

*December: 1*

## Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert

Löpande under året samarbetar vård- och omsorgsverksamheterna i det förebyggande arbetet. Samtliga brukare/patienter ska erbjudas riskbedömningar men kan motsätta sig att uppgifterna registreras i Senior Alerts databas. Det är dock den databasen som används för utvärdering av i vilken utsträckning verksamheterna har arbetat med prevention.

Sverige / Kommun / Region

Hylte kommun

År

2020

Typ av enhet

Alla

Ex

Vårdprevention

Utfall

Uppåt

Unika personer

Riskbedömningar med risk

Bakomliggande orsaker vid risk

Åtgärdsplan vid risk

Utförda åtgärder vid risk

Trycksår

BMI<22

Fall

Munhälsa grad 2

Hylte kommun

213

92% ↑  
303 av 329

91% ↑  
276 av 303

94% ↓  
285 av 303

83% ↑  
224 av 269

29 ↓  
23 personer

64 ↑  
personer

176 ↑  
52 personer

58 ↓  
personer

Av resultaten går att utläsa att av 213 individer har 92% någon risk för undernäring, trycksår, fall eller dålig munhälsa. Det är därför viktigt att både vården och omsorgen arbetar aktivt utifrån sina professioner med att förebygga att dessa risker utvecklas. Bland de 213 individerna som har en dokumenterad riskbedömning i Senior Alert har 23 personer trycksår, 64 personer har ett BMI mindre än 22, 52 personer har fallit minst en gång och 58 personer har en försämrad munhälsa. Om dessa kan minska i antal kan mycket lidande motverkas. Många gånger händer dessa problem ihop och fler än ett problem förekommer hos en enskild individ.

## Kostnader HSV

Redovisning av kostnader sker separat i delårsbokslut och bokslut. Samtliga kommuner för dialog med Regionen om ersättningsnivån för den hemsjukvård som kommunerna utför å Regionens vägnar.

## Inskrivningsamtal och delaktighet vid upprättande av vård/rehabplaner

Tyvärr har verksamheten inte kunnat arbeta vidare med detta förbättringsarbete på grund av covid-19.

## Avvikelser

Kategori/område	2020	2019
Bemötande	24 varav 5 HSL	8 varav 4 HSL
Brister i vårdkedjan	321 varav 125 HSL	154 varav 63 HSL
Dokumentation	279 varav 129 HSL	103 varav 57 HSL
Fall	871	805
Infektion vårdrelaterad	56	86
Läkemedel feldosering	88	61
Läkemedel förväxling	45	15
Läkemedel saknas	123	87
Läkemedel utebliven dos	600	539
Medicintekniska produkter	57	34
Omvårdnad	215	132
Suicid/försök	0	2
stöld	1	0
Trycksår	13	24
Utebliven behandling HSL	57	76
Utebliven insats SoL/LSS	41	45
Utebliven signering	1140	614
Utebliven träning	15	52
Våld mellan boende	11	18
Övergrepp fysiskt	11	4
Övergrepp psykiskt	3	0
Övergrepp sexuellt	3	0
Totalt antal rapporter	3974	3164

Kategorierna används olika av olika medarbetare och blir därför svåranalyserade. Det finns också ett väldigt stort antal kategorier vilket troligen försvårar för användarna i valet av kategori.

Antalet rapporter har ökat varje år sedan införandet av digital signering av delegerade HSL-insatser. Detta synliggjorde bristande signering och det är en stor orsak till det ökade antalet rapporter. Avvikelser i vårdkedjan beslutades regionalt att användas för att kunna följa arbetet mot en trygg och säker utskrivning från slutenvården. Dock kan inte siffrorna i statistiken användas till detta då medarbetare använder denna kategori för många olika sorters brister, även brister i omsorgen. Samtliga avvikelserapporter som gäller brister vid utskrivning från sjukhus skickas via MAS till sjukhusen. Därför går det att se att det ofta brister gällande begreppet hemgångsklar, precis som föregående år.



---

## Klagomål och synpunkter

Inga synpunkter har inkommit till verksamheten under året.

## Händelser och vårdskador

En händelse är rapporterad till IVO. Det gällde bristande uppföljning av sjuksköterska.

## Risikanalys

Den proaktiva risikanalysen dokumenteras sällan medan den reaktiva risikanalysen är väletablerad och ofta dokumenterad. Vid exempelvis förändringar i verksamheterna ska alltid en riskanalys göras proaktivt. I samband med coronasmittan har dock kommunen övergripande och omsorgskontoret, både på egen hand och tillsammans med regionen arbetat mycket proaktivt. Pandemiplanen har uppdaterats och olika scenarier har tagits fram för att kunna bygga upp en beredskap.

## Mål och strategier för kommande år

Det främsta målet är att bedriva god och säker vård, vilket också är lagstadgat. All verksamhet är i ständig utveckling och vi måste följa utvecklingen för att se vilka former den tar. Under kommande år planeras följande utvecklingsarbete:

### Byte av journalsystem

Nytt journalsystem upphandlades under 2020 och ska implementeras under 2021.

### Dokumentation

I samband med byte av journalsystem behöver legitimerad personal fortbildas i dokumentation. Kontroll av dokumentationen kommer att ske.

### Avvikelsehantering

I samband med byte av journalsystem behöver dokumentationen av avvikelsehanteringen förbättras. Kategorier ska ses över samt möjlighet att dokumentera utredning och åtgärd. Syftet är att kunna ta till vara kunskap om bakomliggande orsaker till avvikelser samt vilka åtgärder som ger bra effekter.

Pandemin är ännu inte över. Ett fortsatt starkt samarbete med regionen ska fortsätta och alla verksamheter kämpar med att säkerställa bemanningen.

Vaccination mot covid-19 ska genomföras i enlighet med prioriteringsordningen och kommunen deltar i detta för patienter i kommunala verksamheter.

Sjuksköterskeorganisationen kommer att fortsätta arbeta med föregående års egenkontroller eftersom de blev eftersatta under 2020.

Rehaborganisationen kommer att fortsätta arbeta med att dokumentationen ska ske samma dag.