

# Patientsäkerhetsberättelse för Härnösands kommun År 2023



## Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

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

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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.

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.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
Resultat för år 2023 – de viktigaste iakttagelserna .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
En god säkerhetskultur .....	7
Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat .....	7
Professionsträffar .....	8
Öka kompetensen kring patientsäkerhet .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	9
Synpunkter och klagomål .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
IVO-tillsyn .....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
Klagomål och synpunkter .....	16
Patientnämnden .....	16
Avvikelse .....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	19
Bilaga 1. Covid-19 och dess påverkan under 2023 .....	20
Bilaga 2. Resultat efter verksamhetsbesök .....	21
Bilaga 3. Resultat från Svenska Palliativregistret .....	23
Bilaga 4. Resultat från BPSD-registret .....	24
Bilaga 5. Resultat kring olämpliga läkemedel .....	26
Bilaga 6. Resultat kring senior alert och trycksår .....	27
Bilaga 8. Nära vård och olika delprojekt .....	29

## SAMMANFATTNING

2023 års patientsäkerhetsberättelse (PSB) utgår, som tidigare från SKR:s mall för PSB – som både regioner och kommuner använder i Sverige. Mallen bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-24. Uppföljningen och berättelsen har sin utgångspunkt i att vården ska vara god och säker, överallt, alltid och utgå från fyra grundläggande områden och fem fokusområden. Under 2021 genomfördes ett analysarbete av verksamheten utifrån den nationella handlingsplanen och en lokal handlingsplan har tagits fram som guide till verksamhetens kvalitetsutveckling. Som läsare av 2023 års PSB kommer du ledas genom dessa grundläggande områden och fokusområden som stakats ut i nationella handlingsplanen.

### Resultat för år 2023 – de viktigaste iakttagelserna

Under 2023 har covid-19-pandemins påverkan klingat av. De omfattande regiongemensamma rutinerna har nu avvecklats och ersatts av enklare vårdrutiner kring luftvägsvirus, med fokus på covid-19 och influensa. En hög vaccinationsgrad gör att få sköra äldre, och även vård- och omsorgspersonal, blir allvarligt sjuka av covid-19 och influensa. Tillgången till skyddsutrustning är god. Läs mer om pandemins påverkan i bilaga 1.

I 2023 års nulägesmätning av läkemedel visar att användning av olämpliga lugnande läkemedel fortsätter att öka. Det är en varken bra eller önskvärd utveckling. Dessa läkemedel ökar riskerna för vårdskador och försämrar den enskildes livskvalité. Området behöver ett annat nytt angreppssätt för att komma tillrätta med denna brist. En arbetsgrupp arbetar därför med att ta fram ett stöd och modell kring att höja kunskapen hos medarbetarna kring utmanande beteende. Det finns bra verktyg och stöd nationellt som har god evidens inom området. Detta behöver förvaltningen hämta hem och implementera i verksamheten. Arbetet kommer att behöva vara långsiktigt. Läs mer om detta i bilaga 5.

I flera av nationella handlingsplanens fokusområden handlar om att återanvända hälsodata, från verksamhetssystemen, på ett mer effektivt sätt. Genom att sammanställa och analysera hälsodata och återföra till chefer och medarbetare i verksamheten – kan verksamhetens kvalitét fortsätta att utvecklas. I socialförvaltningens nya verksamhetssystem, Lifecare, genereras en mängd hälsodata. I samband med upphandlingen köptes alla API:er<sup>1</sup> in. Men för att kunna analysera och visualisera kvalitén krävs ett analysverktyg, ett BI-system. Det tänkta systemet, Qlik sense, som beskrevs i föregående års PSB, kommer inte köpas in. En annan lösning är beslutad i kommunen, men detta system är inte på långa vägar anpassat för hälsodata i dagsläget och det bedöms därför ta lång tid innan det finns på plats för praktisk användning. Detta är mycket olyckligt och innebär, att trots över två års användning av Lifecare och nya avvikelssystemet, kan hälsodata inte sammanställas och analyseras. Möjligheten till analys till denna PSB är därför begränsade, samt kommande PSB – tills detta stöd finns på plats. Läs mer om detta på sidan 7-8.

I en egenkontroll har det visat sig att Härnösand har många sköra äldre med svårläkta sår. Ett svårläkt sår är ett sår som inte läkt eller förväntas läka inom sex veckor. Härnösand ligger högre än övriga kommuner i länet. Svårläkta sår är plågsamma för den enskilde, är frustrerande för vårdens medarbetare (att de inte läker), och kostar både resurser i tid och omlägningsmaterial. En kompetenssatsning kring området har därför beslutats och det arbetet kom igång februari 2024. Läs mer om detta på sidan 19.

Hälso- och sjukvården har många utmaningar. Denna PSB kan förhoppningsvis ge dig som läsare en god bild kring hälso- och sjukvårdens nuvarande kvalitét och lite kring vart det är på väg.

---

<sup>1</sup> Application Program Interface, är ett slags protokoll som används för att program (även kallat applikationer) enklare ska kunna prata med varandra, exempelvis samla in hälsodata och skicka vidare till analysverktyg.

# 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.

## 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.



## Övergripande mål och strategier

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

I början av året slutförde hälso- och sjukvården ett målarbete där både de kommunövergripande målen och aktuella nämndsmål för 2023 har ”brutits ner” och konkretiserats utifrån hälso- och sjukvårdens verksamhet. Syftet var att göra det ännu mer tydligt för medarbetarna hur målen hänger ihop med det dagliga arbetet. Målarbetet inför 2024 har fortsatt under hösten utifrån kommunens nya modell för målstyrning.

Som ett led i att säkerställa att resurser används där de bäst behövs så har det under hösten påbörjats ett arbete med att inventera antalet inskrivna personer som får hälso- och sjukvård i ordinärt boende av kommunal personal. Syftet är att säkerställa att rätt personer är inskrivna utifrån det enskilda behovet och gällande hemsjukvårdsavtal. Ett annat syfte med arbetet är att stärka kunskapen hos legitimerad personal gällande in- och utskrivningsprocessen i ordinärt boende.

Under 2023 har ett arbete gjorts utifrån uppdraget att utreda möjligheten att införa arbetssättet intensiv hemrehabilitering (IHR) som syftar till att stärka den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga och därmed göra personen mer självständig i sitt vardagsliv och på så sätt minska behovet av insatser från socialtjänst. Läs mer om IHR i bilaga 8.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har under året arbetat med verksamhetens kontinuitetsplanering i syfte att säkerställa att driften fungerar även under icke ordinära förhållanden.

## Organisation och ansvar

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

Hälso- och sjukvården är en verksamhet inom socialförvaltningen och verkar inom tre av fyra verksamhetsområden i förvaltningen, dvs i hemtjänsten (ordinärt boende), särskilt boende (Säbo) och inom funktionsstöd. Hälso- och sjukvårdens sjuksköterskor är tillgänglig dygnet runt årets alla dagar.

Inom hälso- och sjukvården arbetar totalt fyrtio sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor, sju fysioterapeuter, sju arbetsterapeuter och fyra undersköterskor. Ledningsgruppen består av tre enhetschefer och en verksamhetschef.

## Metodrum

I början av 2024 kommer det byggas upp ett ”metodrum” på ett av kommunens särskilda boenden (Härnögården). Syftet är att skapa förutsättningar för medarbetare att kunna träna på och lära sig olika moment och arbetssätt som förekommer i förvaltningens verksamheter. Det kommer finnas möjlighet att träna på både hälso- och sjukvårdsuppgifter och omvårdnadsåtgärder, exempelvis provtagning,

blodtrycksmätning, personlig omvårdnad, förflyttningsteknik, osv. Planering och inventering av lämpliga lokaler har pågått under 2023.

### Ny organisering av det systematiska kvalitetsarbetet

Våren 2022 beslutade förvaltningsledningsgruppen om en ny modell för systematiskt kvalitetsarbete, efter förslag från UK-enheten. Modellen bygger på tre nivåer, Kvalitetsråd, analysverkstäder och lokalt kvalitetsarbete. Se bild nedan.



Figur 1. Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet.

Syftet med den nya organiseringen är att på ett bättre sätt ta tillvara all den hälsodata som verksamheten producerar. UK-enheten bidrar med att bearbeta resultat och visualisera detta till verksamheten på ett attraktivt sätt. En viktig framgångsfaktor för kvalitetsutveckling är att verksamhetens medarbetare får feedback på sitt arbete, att det de gör – gör skillnad. Modellen är presenterad för Socialnämnden.

Den nya modellen för systematiskt kvalitetsarbete har utvärderats under hösten 2023. Målet är att denna ska vara klar början av 2024 – som underlag för nya inriktningsbeslut och det fortsatta arbetet.

### Egenkontroller

Flera nya egenkontroller har tagits fram som kan hjälpa verksamheten att följa sina resultat och efterlevnad av exempelvis hur arbetet med basala hygienrutiner fungerar, användning av kommunikationsmetod (Symtomkollen), registerdata från verksamhetssystemet och följsamhet till nya delegeringsrutinerna. Egenkontroller är även något som Inspektionen för vård och omsorg efterfrågar i sina tillsynsärenden. Området kommer **fortsätta** utvecklas under 2024.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under året har den lokala samverkansgruppen för primärvård som bedrivs inom kommunen, regionen och privat utförare (Premicare) träffats återkommande. Verksamhetschefer och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) deltar i dessa för att diskutera samverkansfrågor, exempelvis läkarmedverkan.

Under våren och hösten har vaccinationer mot covid-19 genomförts på särskilda boenden och i ordinärt boende i samarbete med Regionen.

### Nära vård – teamarbete i ordinärt boende

Inom ramen för utvecklingen av en nära vård, som dels har inneburit flera nya lagar och normeringar, pågår flera olika utvecklingsprojekt i Härnösands kommun och då även i samverkan med Regionens verksamheter. Kommunen får statliga medel till utvecklingen som kan användas till nya digitala lösningar,

utveckling av nya arbetsmetoder mm. Området har nära koppling till samverkan kring in- och utskrivning från sjukhus. Tidigare har resultat kring undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar kunnat redovisas i denna PSB. Regionen reviderar just nu sina utdatasystem, så dessa resultat går ej få fram i år. Ett av projekten handlar om utveckling av teamarbete i ordinärt boende. Läs mer om detta i bilaga 8.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Samverkan sker med regionen på övergripande nivå kring säker kommunikation. Inloggning till regionens journal och vårdplaneringssystemet Prator sker med säker autentisering, samt vid inloggning i läkemedelslistan i Pascal, samt till kvalitetsregister. Inloggning i verksamhetssystemet Lifecare HSL förs sakt över till en ny säker inloggning med kod-dosa.

Systemadministratörerna fortsätter arbetet med att ta fram ett nytt system kring loggkontroller.

Förvaltningen har en ny Huvudadministratör för HSA-katalogen<sup>2</sup>, som tillsammans med biträdande HSA-ansvarig har genomfört ett stort arbete med revidering av både struktur, registervård och hanteringsprocesser (ledningssystem) i HSA, där även tjänstekort (SITHS-kort) ingår, som bland annat alla legitimerade inom hälso- och sjukvården använder för att få åtkomst till olika system med hälsodata, exempel Pascal läkemedelslista, kvalitetsregister med flera. Arbetet med det nya ledningssystemet kring HSA och SITHS beräknas bli slutfört under februari 2024. Även samverkan med Skolförvaltningens hälsoteam ingår i arbetet – då även deras legitimerade medarbetare använder HSA och SITHS-kort för identifiering i olika hälsodataregister.

## En god säkerhetskultur

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

Öppna och transparenta resultat är en förutsättning för engagemang och ger verksamhetens medarbetare feedback på det arbete som genomförs. Genom att öppet lyfta fram både bra resultat och resultat som kan bli bättre avdramatiseras området. Det handlar inte om att peka ut brister – utan att visa på goda exempel. Det kan även bidra till att verksamheter samarbetar bättre och hjälps åt för att tillsammans skapa en mer likvärdig vård och omsorg, oavsett var vård- och omsorgstagaren får sitt stöd.



## Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat

Den nya modellen kring systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen stödjer användningen av öppna avidentifierade data. Planen var att med stöd av ett visualiseringsverktyg analysera hälsodata från verksamhetssystemet Lifecare. I samband med upphandlingen av det nya verksamhetssystemet, köptes i stort sett alla rapportformulär (APIer) in som går att använda i Lifecare. Ett nytt analysverktyg, Qlik Sense<sup>3</sup>, fanns det planer på att använda övergripande i kommunen – som skulle använda APIer som underlag för visualisering av resultat och kvalitet.

Tyvärr har denna lösning för analys och visualisering av verksamhetsresultat valts bort i kommunen. En annan lösning, som bygger på systemet Hypergene<sup>4</sup>, som kommunen redan har avtal kring, ska börja

<sup>2</sup> HSA-katalogen är en databas som samlar information om alla personer och verksamheter inom sjukvården i Sverige. Informationen som finns i HSA används bland annat som behörighetsgrundande information vid inloggning i olika IT-system.

<sup>3</sup> Ett Business Intelligence system (BI-system) som stödjer analys av stora datamängder.

<sup>4</sup> Hypergene är ett beslutsstöd med verksamhetsstyrning – med en molnbaserad produkt för planering, uppföljning och analys.

användas. Systemet saknar dock just nu en lösning kring hantering och visualisering av hälsodata via APIer från Lifecare, dvs resultat av avvikelshantering med mera som berör hälso- och sjukvården.

Detta innebär att verksamheten fortsatt inte har någon form av uppföljningsverktyg eller möjlighet att visualisera resultat, två år efter start av nya verksamhetssystemet. Analys av avvikelshantering inom alla tre lagrummen är inte möjliga – vilket är mycket olyckligt. Konkret betyder det att verksamhetens personal, chefer och legitimerade dokumenterar utredningar, risker och åtgärder i systemet – men att dessa data sedan inte kan återanvändas för analys och förbättringsarbete.

### **Professionsträffar**

Inom hälso- och sjukvården genomförs löpande så kallade professionsträffar där det finns möjlighet att diskutera områden och delar som verksamheten behöver utveckla. Det kan exempelvis vara att lära sig nya arbetssätt, användning av ny medicinteknisk utrustning mm.

### **Öka kompetensen kring patientsäkerhet**

Under 2023 nådde verksamheten inte målet att all leg personal ska gå Socialstyrelsens webbutbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”. Därför är detta ett fortsatt mål även under 2024.

## **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.



### **Kontinuitet och bemanning**

Utifrån satsningen på utökad grundbemanning av sjuksköterskor så finns det från och med hösten 2022 en resursgrupp som består av sex sjuksköterskor. Deras primära uppgift är att ersätta ordinarie omvårdnadsansvariga sjuksköterskor vid korttidsfrånvaro samt att kunna vara extra resurser i verksamheten utifrån de behov som uppstår. Det innebär större möjligheter att ersätta frånvaro som uppstår i verksamheten samt medför att verksamheten får adekvat kompetens och kontinuitet gällande sjuksköterskor som inte är ordinarie omvårdnadsansvariga. Under 2023 har det periodvis funnits vakanser på några av dessa tjänster, men bemanningläget förbättrades i slutet av året.

Under sommaren och hösten har det varit en utmaning för verksamheten att hitta lösningar för att åstadkomma en tillräcklig sjuksköterskebemanning utifrån verksamhetens behov. Faktorer som har försvårat arbetet är vakanta tjänster, föräldraledigheter och brist på vikarier. Utifrån rådande omständigheter så har verksamheten därför haft behov av att anlita konsultsjuksköterskor vissa veckor under sommaren samt under perioden oktober - december. I slutet av året har antalet vakanta tjänster minskat genom fler behöriga sökande på utlysta tjänster, vilket har förbättrat bemanningssituationen avsevärt. Från och med februari 2024 finns det inte några konsultsjuksköterskor kvar i verksamheten.

Utvärdering av sommaren 2023 för hälso- och sjukvårdspersonalen skedde via en enkät som skickades ut till varje enskild medarbetare, som då hade möjlighet att ge feedback på hur de upplevde att sommaren hade varit utifrån exempelvis arbetsbelastning och samverkan. Syftet är att identifiera eventuella områden som behöver utvecklas inför nästa sommarperiod.

All personal inom hälso- och sjukvården som arbetar vårdnära har möjlighet att få utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR). Hälso- och sjukvården har egna instruktörer som utbildar. Det har gjorts en planering för att återkommande kunna utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i HLR. Nästa stora utbildningsinsats planeras att utföras under 2024.



Alla sjuksköterskor får utbildning i klinisk bedömning och i beslutstödet ViSam. Verksamheten har egna utbildade instruktörer, vilket ger goda förutsättningar för att ha återkommande utbildningsinsatser. Arbetssättet är implementerat i hela verksamheten. Nya utbildningsinsatser planeras att genomföras under 2024.

Under 2023 har det utbildats fler instruktörer i förflyttningsteknik inom rehabteamen (arbetsterapeuter och fysioterapeuter). Dessa har sedan utbildat förflyttningssombud som finns ute på enheterna i verksamheten. Ombuden utbildar sedan i sin tur övrig omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik. Dessa utbildningsinsatser planeras vara årligen återkommande utifrån behovet.

## Patienten som medskapare

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Under 2023 har samverkan mellan hälso- och sjukvården och anhörigstödet fortsatt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har bjudits in till anhörigträffar inom både demensområdet och med den lokala Parkinsonföreningen, både lokalt men även regionalt i samverkan med Jämtland patientförening. Samverkan kommer fortsätta under 2024. I de nystartade kvalitetsråden diskuteras resultat från bland annat Socialstyrelsens öppna jämförelser inom kommunens hälso- och sjukvård och ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”? Området kring hur patienter och närstående ska göras delaktiga behöver dock utvecklas mer. En nationell vägledning, har tagits fram inom strukturen Nationellt kliniskt kunskapsstöd, kring patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet. Vägledningen kommer ge ett välkommet stöd i hur området kan utvecklas och stärkas.

### Synpunkter och klagomål

Under 2023 har inga synpunkter eller klagomål som berört hälso- och sjukvården kommit in via systemet Infracontrol och som blivit dokumenterade. Det belyser vikten av att det behövs en tydligare och lättare väg för patienter och närstående att lämna synpunkter och klagomål kring verksamheten. I verksamhetssystemet finns det en specifik modul kring synpunkter och klagomål, som ännu inte har satts i skarp drift. Ett arbete har genomförts av Utveckling- och kunskapsstyrningsenheten, där nya modulen nu är klar att starta upp. Ett förslag till förvaltningsledningen på ny riktlinje och process för hantering har lämnats under november. Beslut och skarp drift av nya modulen väntas våren 2024 – för att bättre både kunna lämna och hantera synpunkter och klagomål på ett bättre sätt.

### Vård- och omsorgskollen

Vård- och omsorgskollen är ett nationellt verktyg som erbjuds via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Verksamhetscheferna ska titta på detta nya verktyg, som bygger på att patienter och närstående som tar del av kommunens verksamheter intervjuas för att ge sin bild av hur vård och omsorgens kvalitet upplevs. Resultat kan sammanställas och återföras till verksamhetens medarbetare. Detta arbetet har dock inte kommit igång än.

### Närståendeenkät efter att en anhörig avlidit

Försök har påbörjats genom att erbjuda närstående att svara på frågor hur de upplevt vården i livets slutskede har permanentats och ingår från 2024 som en del i att utveckla vården i livets slutskede. Resultaten förs in direkt i Svenska Palliativregistret och verksamheten kan sedan ta del av resultaten. Övriga resultat kring vård i livets slut, se bilaga 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.

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024, har legat till grund för förvaltningens analys och lokala handlingsplan, som antogs av Socialnämnden mars 2022.

Handlingsplanen har legat som en grund för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården.

### IVO-tillsyn

Efter pandemin genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en riktad nationell tillsyn på landets alla kommuner och särskilda boenden. Tillsynen inriktades mot olika områden:

- Individuell bedömning och kompetens samt språk,
- Kontinuitet och dokumentation,
- Läkemedel, samt
- Vård i livets slutskede.

Även Härnösands kommun fick kritik inom flera områden i IVOs beslut. Beslutet analyserades av en analysgrupp och det beslutades då att genomföra verksamhetsbesök i samtliga särskilda boenden för att i samtal med verksamheten tänka tillsammans kring IVOs kritik. En samtalsmall togs fram och samtalet dokumenterades. Efter att alla verksamhetsbesök genomförts analyserades alla minnesanteckningar och redovisades i svaret till IVO och de åtgärder som beslutat att åtgärdas för att öka kvalitén kring de påpekade bristerna. Även metod och struktur redovisades för IVO.

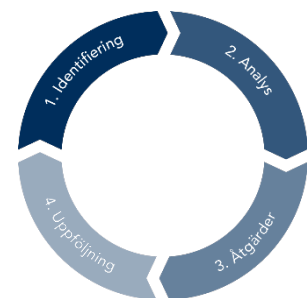
Ett område som IVO påpekade var om förvaltningen använde egenkontroller i verksamheten, för att ha en löpande bild av kvalitén. Förvaltningen har sedan tidigare tagit fram några egenkontroller – utifrån arbetet med nationella handlingsplanen, men bedömningen som analysgruppen gjorde var att fler egenkontroller behöver utvecklas. Även dessa åtgärder redovisades till IVO.

Utifrån kommunens svar på IVOs kritik beslutade IVO att stänga tillsynsärendet riktat mot Härnösands kommun.

**Not:** De strukturerade verksamhetsbesöken, som genomfördes av verksamhetschefer för särskilda boenden och hälso- och sjukvård samt medicinskt ansvarig sjuksköterska, blev mycket lyckade. Det var ett uppskattat samtal kring kvalitét generellt i varje särskilt boende. Beslut fattades då att verksamhetsbesök ska ingå i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och ska genomföras årligen på hösten och utgå från en samtalsmall. Analys ska genomföras och redovisas i kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse, se bilaga 2.

Under området ”Agera för säker vård” används arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att följa fyra steg:

1. **Identifiering**
2. **Analys**
3. **Åtgärder**
4. **Uppföljning av åtgärd**



## Resultat i korthet

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Källa
Olämpliga läkemedel	Minska i säbo	Stående 9,8% Vid behov 2,6%	Ökat, högst i länet Ökat mot länet	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Olämpliga läkemedel	Minska i hemsjukvård	Stående 7,7% Vid behov 2,7%	Minskat mot länet Ökat mot länet	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Sömn läkemedel Säbo	Minska	2021 – 18,9% 2022 – 22,9% 2023 – 26,7%	Ökat och nu högst i länet	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Neuroleptika Säbo	Minska	2021 – 14,3% 2022 – 17,9% 2023 – 21,2%	Ökat och nu högst i länet	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Trycksår	Minska	2021 – 13 st 2022 – 27 st 2023 – 30 st	Ökat antal med trycksår	Sprida resultat och öka kompetens inom området med en satsning kring svårärläta sår.	Kval.register löpande samt PPM/app
Undernäring	<Antal med BMI<22	2021 – 73 st 2022 – 113 st 2023 – 114 st	Ökat antal med BMI <22	Ny riktlinje kring undernäring, öka kompetens med stöd av digital utbildning via Foodix.	Kval.register löpande
Fallskador	Minska	2022 – 85 st 2023 – 152 st	Ökat antal	Fler förebyggande insatser som minska olämpliga läkemedel	Lifecare löpande
Ohälsa mun	Minska	2021 – 72 st 2022 – 79 st 2023 – 95 st	Ökat antal med ohälsa i munnen	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Kval.register löpande
Blåsdysfunktion	Minska	Används ej	-	Starta utvecklingsarbete inom området med stöd av ny teknik, sensorskydd vid läckagemätning.	Kval.register löpande
Vårdrelaterade infektioner	Minska	2021 – 1% 2022 – 2%	94 patienter i urvalet, slump?	Sprida resultat och öka kompetens inom området	SKR årligen
Basala hygienrutiner	Följsamhet ska öka	2021 – 75% 2022 – 52% 2023 – 66%	Ökad följsamhet	Lokal digital egenkontroll startats upp fyra ggr per år	SKR årligen, 2023 sista året

Tabell 1: Se detaljerade resultat i bilagorna 5-7

## 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 §  
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.



### Har vården varit säker?

I och med bytet av verksamhetssystem till Lifecare ska avvikelshantering kunna analyseras på nya sätt. Möjligheten till tillbakablick och jämförelser mot resultat i gamla systemet Treserva kommer dock vara svårt att göra. Det finns fortfarande en del tekniska lösningar kvar att göra och som inte kommit på plats än – se ovan kring patientsäkerhetskult och visualisering av resultat.

Nedan redovisas resultat från nya modulen ”Lifecare vårdskada”. Över tid kommer linjetabeller gå att få fram, för att mer i detalj kunna följa förekomsten av risker och systembrister i verksamheten, samt konsekvenser för den enskilde som varit föremål för en brist eller risk kring hälso- och sjukvård.

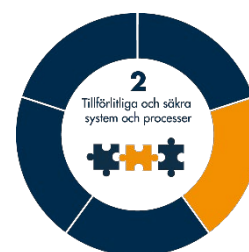
Typ av avvikelse	2022	2023	Typ av avvikelse	2022	2023
Avvikelser i vårdkedjan inkommande	17	22	Läkemedel fel person	4	1
Avvikelser i vårdkedjan utgående	45	64	Läkemedel fel tid	13	23
Fall med skada	85	152	Läkemedel injektion/infusion	3	6

Olycksfall/halkolycka (SoL)		185	Läkemedel saknas/försvunna	49	35
Fall utan skada	312	507	Läkemedel utebliven dos	181	249
Hjälpmedel	6	11	Trycksår	1	3
Information	28	42	Vård och behandling	43	37
Läkemedel fel dos	22	36	Vårdrelaterad infektion	1	1

Tabell 2. Totala antalet avvikelser, alla verksamheter, är lägre mot tidigare år, vilket kan bero på att det är ett nytt avvikelssystem. Alla avvikelsetyper har minskat mot tidigare år. En notering är att antalet fall även kan registreras som en händelse inom SoL och LSS "Olycksfall/halkolycka". I tabellen finns 185 sådana registreringar. Troligen är flertalet av dessa rapporter i själva fallet fallskador – men som rapporterats inom SoL/LSS. Detta behöver påtalas av enhetschefer i verksamheten, så att dessa hamnar rätt och kan utredas även av hälso- och sjukvårdens legitimerade och åtgärder sätts in.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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.



### Uppföljning, egenkontroller kopplat till patientsäkerhet

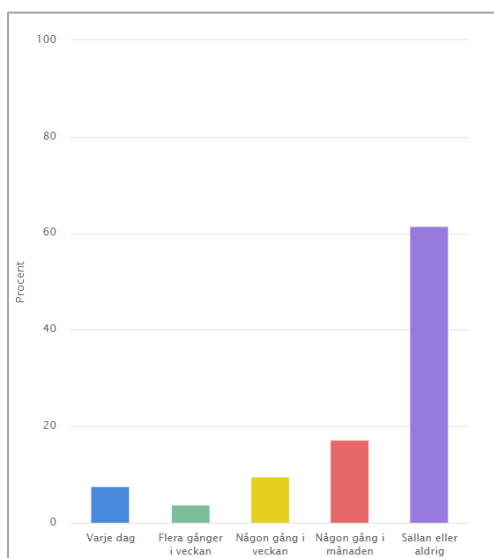
Under senaste året har ett flertal uppföljningsverktyg och egenkontroller utvecklats, för att på ett enkelt sätt kunna säkerställa att system och processer är väl fungerande och för att minska risken för undvikbara kvalitets- och patientsäkerhetsrisker. Här nedan beskrivs några av dessa egenkontroller.

### Användning av symtomkollen

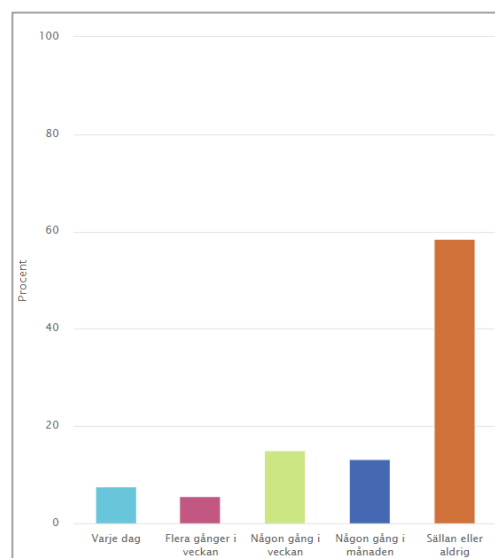
Symtomkollen är ett stöd för att underlätta kommunikation mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska när en patients hälsa försämrats. Målet är att strukturera kommunikationen så att missförstånd kan undvikas. En hög användning är önskvärd.

## Resultat

Symtomkollen har följts upp två gånger, hösten 2022 och hösten 2023. Enkäten har skickats ut via enhetschefer i verksamheten, via en QR-kod för att förenkla för cheferna. Antalet svar är lika, drygt 60 unika svar. Ett lågt antal svar, som skulle behöva öka, för att få tillförlitliga underlag till analys.



Figur 2. Användning av symtomkollen ht 2022



Figur 3. Användning av symtomkollen ht 2023



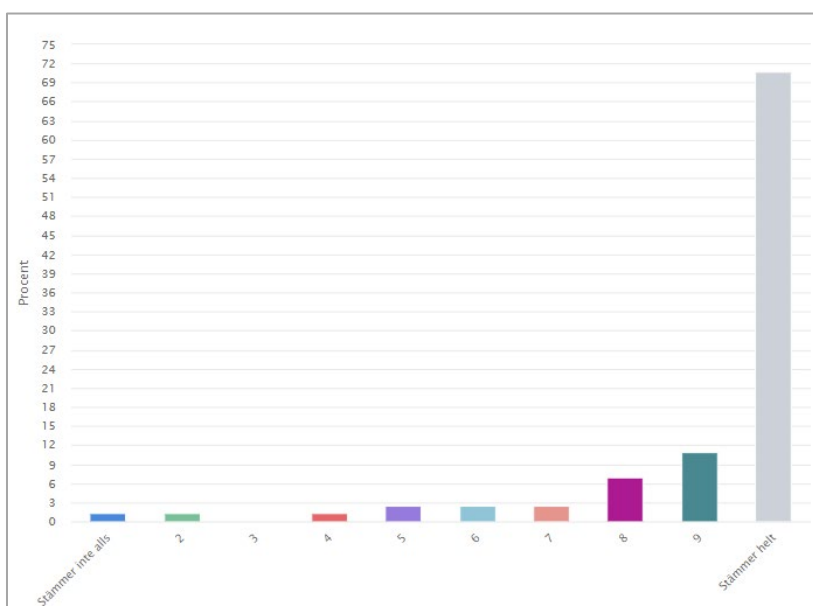
Resultate visar på små rörelser åt det positiva hållet. På en fråga om symtomkollen skulle användas mer om den fanns som en app i personaltelefonerna så svarade över 80 procent att de skulle använda den mer. **Åtgärd:** Symtomkollen finns från hösten 2023 att ladda ner till mobiltelefonerna och information om detta har skickats ut till verksamheten och publicerats på Insidan.

### Uppföljning av delegeringsprocessen

Under våren 2023 slutfördes arbetet med att uppdatera och skärpa upp processen när vård- och omsorgspersonal ska få delegering att ge läkemedel. Ett eget digitalt och lokalt framtaget delegeringsprov har lanserat och har nu successivt börjat användas i verksamheten. För att följa upp den nya processen skickades en uppföljningsenkät till samtliga sommarvikarier som arbetade som vård- och omsorgspersonal sommaren 2023. BOP-enheten hjälpte till att distribuera uppföljningen till sommarvikarier under augusti 2023.

### Resultat av uppföljning, egenkontroll, delegeringsprocessen

Totalt inkom nära 200 svar på uppföljningen, vilket bedöms som mycket bra. Flest svar kom från hemtjänsten med 46 procent av svaren, sedan särskilt boende med 42 procent och inom Funktionsstöd 12 procent. 48 procent hade sedan tidigare någon form av vårdutbildning. 86 procent hade haft bredvidgång (introduktion på arbetsplatsen) innan de fick sin delegering och snittet låg på tre dagar, med ett spann från noll dagar upp till fler än 10 dagar. 92 procent hade genomgått webbutbildningen innan de fick sin delegering. Målet är att 100 procent ska genomgå denna utbildning. Resultatet visar även att var 10:e personal genomfört kunskapstestet på annan plats än arbetsplatsen – vilket inte är tillåtet. 45 procent av de som gjort kunskapstestet hade behövt fler än 1 försök innan de klarar provet. På frågan om de har fått de kunskaper som krävs för att hantera läkemedel svarade en majoritet att de hade fått den kunskapen. Dock svarade 6 procent att detta inte stämmer (grad 1-5) – vilket motsvarar 8 personer som svarat på uppföljningen. På frågan om de kände sig trygga i sitt arbetet, kopplat till läkemedelshantering, var svaren i stort sett lika.



Figur 4. På frågan "Jag har fått de kunskaper som krävs för att hantera läkemedel?" graderad 6 procent (Stämmer inte alls grad 1-5) att de inte hade erhållit den kunskap som krävs för att hantera läkemedel.

## Analys och åtgärd

Uppföljningen visar att en majoritet följer den nya processen kring delegering av läkemedelshandtering. Det finns fortfarande några områden som behöver utvecklas ytterligare, vilket kommer lyftas med enhetscheferna och på kvalitetsråden.

## Säker vård här och nu

Hälsa- 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.



## Riskhantering

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.

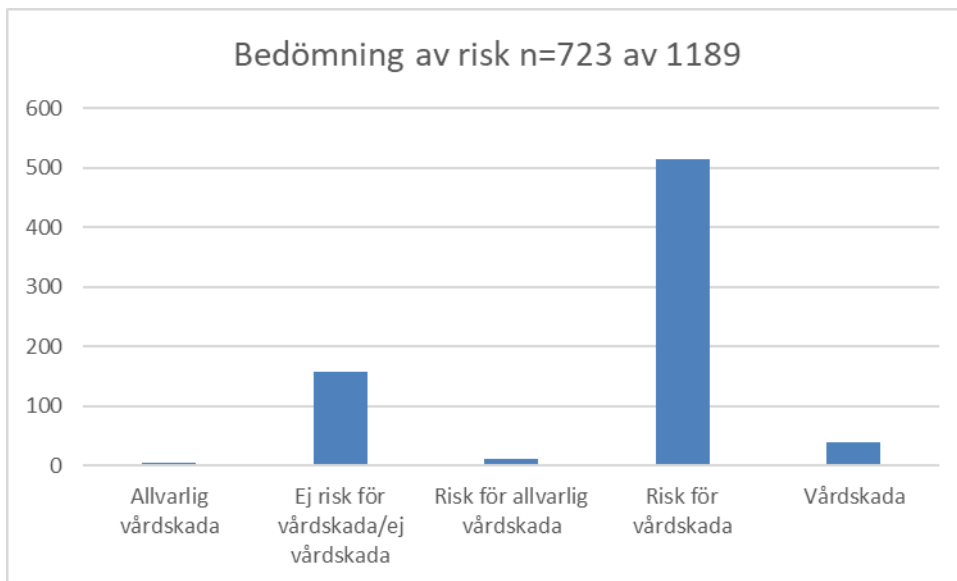
Varje avvikelse ska bedömas av ansvarig handläggare, oftast enhetschefer i verksamheten. Enhetschefen ska bedöma sannolikhet kring att händelsen kan inträffa igen, samt konsekvenser. Sannolikheten för upprepning bedöms utifrån fyra nivåer samt allvarlighetsgrad i fyra nivåer. Se tabell nedan. Ju högre riskpoäng, ju större anledning att utreda den enskilda avvikelsen. Sedan kan sannolikheten vara låg, men konsekvensen vara katastrofal och då ska alltid medicinska ansvarig sjuksköterska informeras om händelsen.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal(4)	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor(4)	16	12	8	4
	Stor(3)	12	9	6	3
	Liten(2)	8	6	4	2
	Mycket Liten(1)	4	3	2	1

Figur 5. Riskmatris som används i avvikelssystemet.

Då det idag saknas systemstöd, som ännu inte är på plats, går det inte att ta ut några resultat kring dessa två axlar. Förhoppningsvis kommer detta på plats inom rimlig tid.

Utöver denna tvåaxlade bedömningen ska enhetschef, ofta tillsammans med legitimerad personal, klassificera avvikelsen. I diagrammet nedan ses fördelningen av utredda avvikelser. Av 1189 stycken rapporterade avvikelser har 723 stycken bedömts. Två har bedömts som allvarlig vårdskada och dessa utreds enligt lex Maria.



Figur 6. Andelen avvikelser som fått en riskklassning är lågt och behöver förbättras. Enhetscheferna behöver stöd för att minska handläggningstiden och utreda avvikelser hela vägen till avslut, vilket även analyseras nedan.

### Uppföljning av delegeringar

För att säkerställa att personal har den kompetens som krävs för att utföra delegerade uppgifter ställs krav både före, under och efter att en delegering givits – att mottagaren har den kompetens som krävs för uppgiften. Inom ordinärt boende (hemtjänst) behöver samtliga steg förbättras. Tidigare har ingen aktiv uppföljning av givna delegeringar gjorts, vilket har identifierats i samtal med legitimerad personal och enhetschefer.

För att stärka upp området har en arbetsgrupp bildats – för att komma tillrätt med denna brist. Arbetet pågick under våren 2023 – för att utmytna i en helt ny och uppdaterad process och ledningssystem kring delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. För att kontrollera detta genomfördes en egenkontroll, där sommarvikarier, efter avslutad tjänst fick svara på en enkät. Se resultat ovan, uppföljning av delegeringsprocessen.

### Stärka analys, lärande och utveckling

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.



#### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Användning av kvalitetsregister kommer att förbättras, genom att en journalintegration kommer skapas mellan Lifecare HSL och olika kvalitetsregister. Först ut är kvalitetsregistret Senior alert som stödjer arbetet kring vårdprevention. Andra viktiga register är Rikssår samt Svenska Palliativregistret. Även inom demensområdet kan resultat från kvalitetsregistren BPSD-registret samt Svedem bidra med viktiga resultat för utveckling av vårdens kvalitet. Enligt planer från systemleverantören skulle detta arbete vara påbörjat under 2022 – men i nuvarande planering bedöms detta inte vara på plats förrän under 2024 – men någon exakt tidsplan har leverantören Tieto inte kunnat ge. Resultat kring kvalitetsregistren återfinns i bilagorna.

## Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården kommer in antingen muntligt eller via brev, e-post till förvaltningen eller genom kommunens e-tjänst ”Synpunkt felanmälan”. Under 2023 har det inkommit 32 ärenden som berör Socialförvaltningens ansvarsområde. Inget ärende har inkommit som berör hälso- och sjukvården. Verksamhetssystemet Lifecare har en specifik modul där den enskilde och närstående kan lämna synpunkter och klagomål. Som beskrivet tidigare är denna modul inte uppsatt än – men förväntas startas upp under 2024.

## Patientnämnden

Ungefär 1,5 % av de registrerade ärendena som inkommit till Patientnämnden (från samtliga kommuner i regionen är anslutna till Patientnämnden) avsåg ”Kommunal vård”. Kommunala ärenden avser den sjukvård som kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för. Det är främst anhöriga som inkommit med ärenden rörande sina åldriga anhöriga. Jämfört med föregående år har ärenden gentemot den kommunal hälso-och sjukvård ökat på regionnivå, men från mycket låga nivåer. För Härnösands del är bara enstaka ärenden per år som inkommer via Patientnämnden, totalt 11 ärenden mellan 2018 och 2023. Av samtliga kommunala ärenden under 2023 (16 st) gäller tre stycken Härnösand.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Härnösand	1	2	2	2	1	3

Tabell 3. Inkomna ärenden gällande hälso- och sjukvård till Patientnämnden.

## Avvikelser

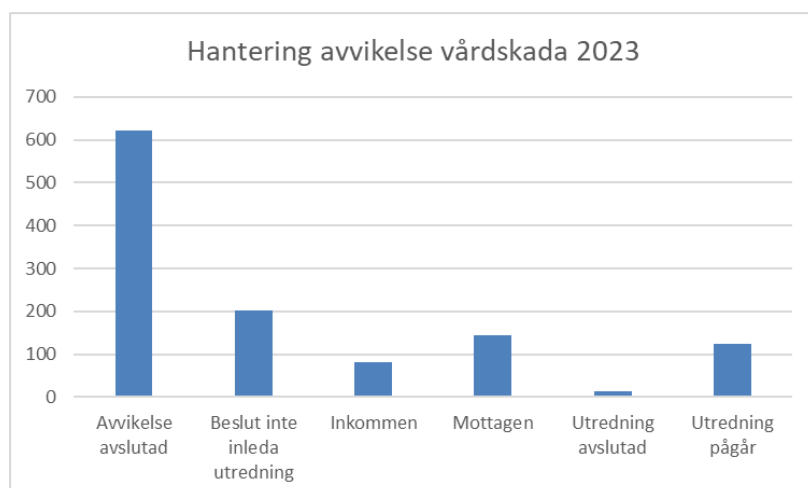
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

För att löpande kunna följa och utveckla verksamhetens kvalitet ställer lagar och myndighetsregler krav på verksamheten att rapportera och analysera avvikelser som inträffar. Dessa ska enligt lokala riktlinjer hanteras inom en månad från att rapporten kommit in.

I dagsläget är möjligheterna att kunna analysera resultat från avvikelshanteringen i nya verksamhetssystemet Lifecare små, då viktiga inställningar och exporter till analysverktyg inte finns på plats än. Arbetet är har stannat upp, se mer ovan under Patientsäkerhetskultur.

## Följa hur avvikelser hanteras

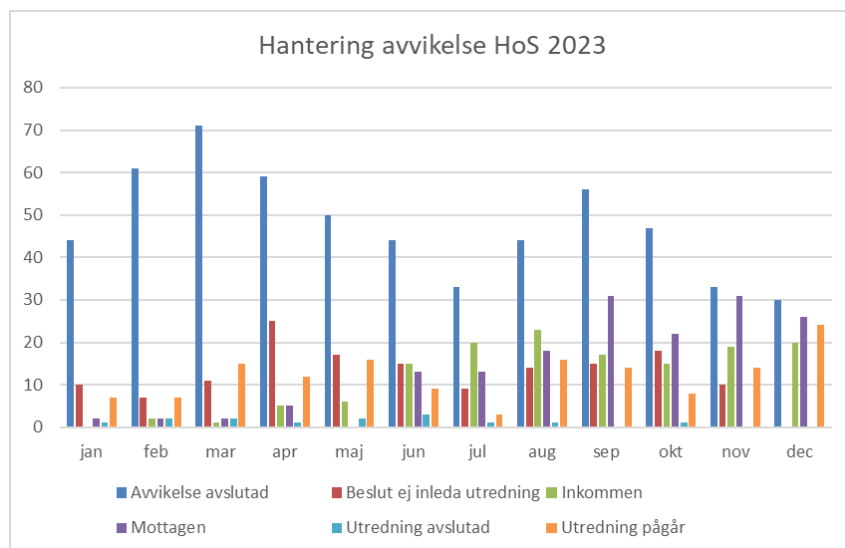
Det som kan följas i nya Lifecare vårdskada är dock hur aktiv verksamheten är i hantering av rapporterade avvikelser. Resultatet visar att aktiviteten är allt för låg gällande utredningar av rapporterade avvikelser.



Figur 7. Hantering av rapporterade avvikelser, datauttag februari 2024.



En stor del av totala antalet rapporterade avvikelser är avslutade utan utredning. De är alltså hanterade, men är egentligen inte utredda. Målet i riktlinjen för avvikelshantering är att avvikelser ska vara slutförda inom en månad. Istället ses en ackumulering av avvikelser som ökar successivt, figur 6. Risken är att avvikelser blir för gamla för att kunna utredas, då det kan vara svårt för inblandade att minnas vad som hänt. Få avvikelser får statistikuppgifter noterade av ansvarig chef.



Figur 8. Visualisering av avvikelshantering. Målet är att merparten av avvikelserna ska vara hanterade inom en månad. Istället ses en ökad mängd avvikelser som blir äldre och äldre och blir till slut mycket svåra att utreda, datauttag februari 2024.

### Analys och åtgärder

Avvikelser i det nya avvikelssystemet tenderar att bli allt för gamla innan de hanteras. 25 procent av alla rapporterade under 2023 har av ansvarig chef beslutats att antingen avslutas med eller utan utredning – vilket innebär att 75 procent inte är hanterade. Det går att skönja en viss förbättring kring detta – men arbetet behöver få en ökad fokus. Analysverktyget Qlik Sense<sup>5</sup> kommer inte att breddinföras utan ett annat system ska användas. Detta kommer dock ta tid – vilket troligen gör att någon analys inte kommer att vara möjlig under hela 2024. Se mer ovan under rubriken ”En god patientsäkerhetskultur”.

### Ny teknik – till stöd för ökad patientsäkerhet och patientmedverkan

Under 2023 har flera nya arbetssätt med stöd av ny teknik börjat användas och spridas i verksamheten. Målet med den nya tekniken har bland annat varit att stödja befintliga arbetssätt, öka kvalitet och säkerhet och involvera den enskilde patienten med assisterad egenvård.

De nya områdena har bland annat varit:

- **Användning av personliga medicinskåp i ordinärt boende:** Personliga medicinskåp har funnits i särskilda boenden under många år. En ny typ av skåp där öppning loggas har successivt förts in i verksamheten. Under 2023 har detta utvidgats till gruppboenden och under hösten 2023 har även några patienter där kommunen övertagit läkemedelshandlingen i ordinärt boende, fått personliga läkemedelsskåp utplacerade i hemmet. Breddinförandet kommer slutföras våren 2024 och kommer omfatta omkring 250 personliga medicinskåp. Även loggrutiner kommer skapas som en egenkontroll – för att säkra obehörig användning och gäller både egen hemtjänst och externa utförare.

<sup>5</sup> Qlik Sense är ett Business Intelligenssystem (BI-system) som kan hämta in data från exempelvis Lifecare avvikelse och kan användas till att bearbeta och analysera resultat och trender.

- **Användning av läkemedelsautomater i ordinärt boende:** Flera kommuner i länet har sedan tidigare infört läkemedelsautomater i ordinärt boende och nu finns även detta assisterade egenvårdstöd att använda i Härnösand. Efter uppstarten hösten 2023 har de flesta av de 23 automaterna som ingår i testprojektet placerats ut och ett flertal patienter har återtagit sin läkemedelshantering med stöd av automaten. En uppföljning ska genomföras våren 2024 hos dessa patienter för att sedan bedöma hur en bredare implementering ska genomföras. Målet är att göra flera hemtjänstbrukare, som har hjälp med läkemedel, mer delaktiga och öka patientsäkerheten samt avlasta hemtjänsten.
- **Digitala sensorskydd vid basal utredning vid blåsdysfunktion:** Över 80 procent av brukare i särskilda boenden beräknas ha någon form av blåsdysfunktion. Få eller ens några av dessa personer har erbjudits en basal utredning och fått individuella insatser och hjälpmedel ordinerade. Med stöd av ny teknik, så kallade sensorskydd, prövas nu att göra en digital läckagemätning som en del i den basala utredningen. Målet är att öka antalet som har fått en individuell utredning, minska den enskildes läckage, öka toalettassistans och minska användningen av onödiga skydd och hygienunderlägg. Satsningen startades upp under september månad på ett par särskilda boenden. Det har dock gått trögt – så detta område behöver uppmärksammas mer och spridas till flera särskilda boenden. Målet är även att använda tekniken i ordinärt boende. En identifiering av lämpliga patienter pågår för detta under december-23 till januari 2024.
- **Fallsensor i trygghetslarmets knapp:** Från 2024 kommer alla som har ett trygghetslarm få en alarmknappen med inbyggd fallsensor. Information kommer lämnas till alla brukare och är det någon som inte vill ha den funktionen, kan de få en larmknapp utan fallsensor. Sensorn har en algoritm som larmar om bäraren fallit eller gjort en häftig rörelse, som skulle kunna indikera ett fall
- **Utveckla kunskap kring kost och nutrition via ”mikrolearning”:** Kommunen använder på test under ett år ett system för att höja kunskapen inom området kost och nutrition på ett nytt sätt. Genom att använda Infocaption<sup>6</sup> via ett företag som heter Foodix, kan chefer höja kunskapen bland sina medarbetare genom att se låta personalen se en kort film, max tre minuter, under en begränsad tid och därefter diskutera detta på gemensamma möten. Sedan ser personalen en annan film som därefter diskuteras i grupp, osv. Målet är att på ett enkelt och tillgängligt sätt höja kunskapen successivt. Utvärdering sker under våren 2024.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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.



### Hantering av oväntade händelser

Kontinuitetsplanen för hälso- och sjukvården har reviderats och uppdaterats under året. En specifikt avdelat funktion och expert har anställt på UK-enheten, för att stödja verksamheterna i kontinuitetsplaneringen. Detta arbete kommer slutföras under våren 2024. Kontinuitetsplanen ska vara ett tydligt stöd i verksamheten vid oförutsedda händelser som påverkar verksamhetens ordinarie drift, exempelvis vid strömavbrott eller driftstörningar i verksamhetssystem. Alla verksamhetsområden ska ha aktuella kontinuitetsplaner. Riktlinjen kring hantering vid värmebölja reviderades inför sommaren 2023.

<sup>6</sup> Infocaption är ett verktyg för att skapa och använda e-guider på ett lätt sätt, exempel "steg-för-steg-guider".

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2023 pekade Socialnämnden ut det förebyggande arbetet som ett prioriterat område, samt arbetet med att minska användningen av olämpliga läkemedel hos sköra äldre. Detta arbete kommer fortsätta under 2024.

Utöver detta ska följande områden utvecklas:

- Äldres hälsa kopplat till nutrition, utifrån nya och reviderade föreskrifter från Socialstyrelsen, genom bland annat användning av stödet foodix,
- Utveckling inom området blåsdysfunktion, fler som erbjuds en basal utredning samt får individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och med stöd av digitala sensorskydd,
- Genomföra Socialstyrelsens utbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”,
- Öka användningen av kvalitetsregistret Senior alert, för att stötta det systematiska arbetet och ge feedback till verksamhetens medarbetare,
- Minska olämpliga LM, genom ökad samverkan med ansvariga läkare, utbildning och implementering av nya verktyg i möte med personer med utmanade beteende,
- Fortsätta utvecklingen och användningen av ViSam beslutsstöd i samverkan med läkare, för att minska undvikbar sjukhusvård,
- Systematiskt arbete kring förebyggande av smittspridning, utifrån föreskrift från Socialstyrelsen,
- Fortsätta utveckla dokumentationen i nya verksamhetssystemet Lifecare HSL,
- Satsning kring svårläkta sår med både kunskap och digitala stöd, se nedan.

Många av ovanstående utvecklingsområden behöver även samverkas med och samordnas tillsammans med socialtjänstens övriga verksamheter.

### Satsning kring svårläkta sår

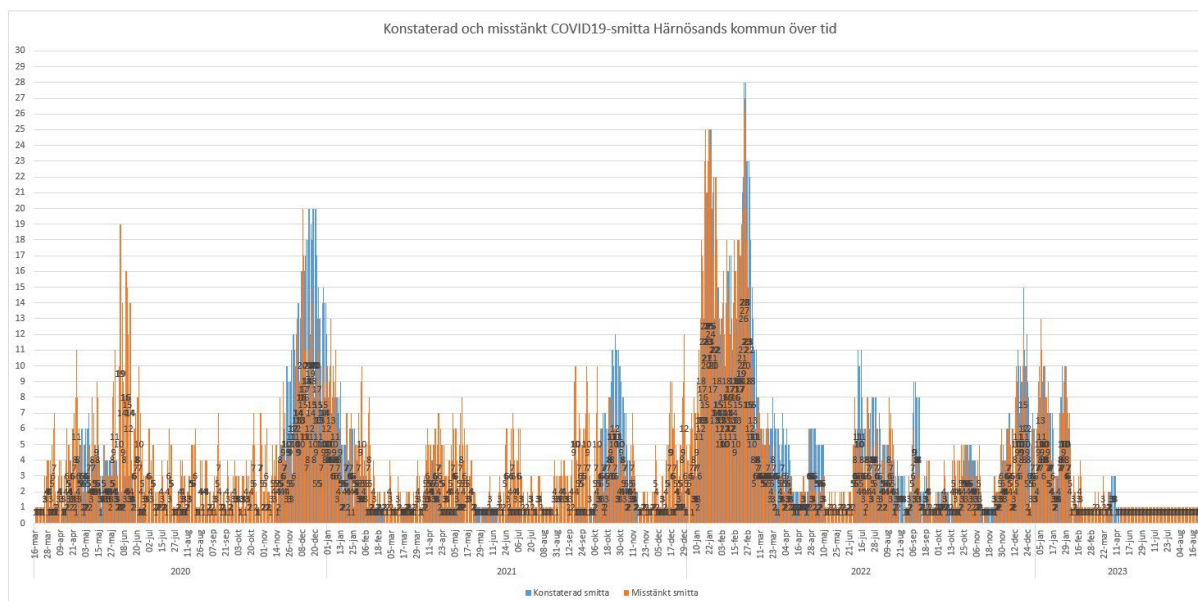
I data från kvalitetsregister och egenkontroll har det visat sig att antalet svårläkta sår är högt i Härnösand, jämfört med andra kommuner i länet och landet. Detta är plågsamt för den enskilde patienten, men kostar även stora personella resurser vid omvårdnad och omläggningar av såren samt kostnader för omläggingsmaterial. För att få rätsida på detta bristområde har det fattats beslut att genomföra en satsning kring svårläkta sår och med stöd av ett specialistutbildat sårvårdsteam. Satsningen kommer innehålla olika delar som föreläsningar kring svårläkta sår, handledning på plats av specialistsjuksköterska i sårvård samt digitalt stöd via app, som med stöd av AI (artificiell intelligens), bedömer sår. Arbetssättet bygger på strukturen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd kring svårläkta sår.

Satsningen kommer pågå under hela våren 2024 och kan följas av verksamhetsledningen via en resultatportal. Efter satsningen kommer det digitala verktyget finnas kvar, men målet är att minska andelen svårläkta sår till ett minimum och att trycksår inte ska uppstå i verksamheten.

## Bilaga 1. Covid-19 och dess påverkan under 2023

Under 2023 har covid-19-pandemin fortsatt att påverka verksamheten i socialtjänsten i mindre utsträckning än tidigare år. Smittan har periodvis varit närvarande – men de äldre som varit positiva för covid-19 har inte blivit så sjuka. Periodvis har ändå enskilda verksamheter varit mycket påverkade – med många smittade personal och patienter. Hösten 2023 avslutades registrering av smitta i verksamheter utifrån att covid-19 inte längre klassas som varken allmänfarlig eller smittsprängningskyldig.

I grafen nedan ses de olika vågorna som förekommit i verksamheten i stort under hela pandemin. Detta är den sista rapporteringen i PSB kring covid-19-pandemin. Erfarenheterna från pandemin finns dock som nya och väl fungerande basala hygienrutiner som följs med stöd av egenkontroller.



Figur 9. Resultat från SharePoint kring misstänkta och bekräftade covid-19-fall i verksamheten för åren 2020-23. Blå staplar = positiv för covid-19, röda = misstänkta fall.

### Hantering av pandemin

Under 2023 ersattes samtliga covid-19-rutiner med rutiner kring luftvägsvirus. Viruset klassas och ska hanteras som övriga luftvägsvirus som RS-virus och influensa.

### Vaccinering mot covid-19

Under året har sköra äldre erbjudits och ofta fått nya vaccindoser mot covid-19. I fortsättningen kommer sköra äldre att erbjudas påfyllnad av vaccin två gånger per år och övriga medborgare i samhället en dos per år – med en prioritering av de som är sköra eller har en kronisk sjukdom. Regionen har byggt upp en helt ny verksamhet – Vaccinationsverksamheten – med egen verksamhetschef och lokala team som i sin tur har samverkat med kommunen kring vaccination, och då även vaccin mot influensa och lunginflammation. Kommunen samarbetar med regionen kring vaccinering och dokumenterar i regionens nya vaccinjournal, MittVaccin, när vaccinet är givet.

## Bilaga 2. Resultat efter verksamhetsbesök

Under covid-19-pandemin blottades brister i landets samtliga kommuner, vilket uppmärksammades av regeringens coronakommission. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) beslutade därför att genomföra en nationell tillsyn av alla särskilda boenden för äldre i landets alla kommuner. Tillsynen bestod av både enkäter till medborgare, personal och brukare i särskilda boenden, verksamhetsbesök med intervjuer, markörbaserad journaluppföljning samt samtal med ledningen för verksamheten, upp på ordförandenivå.

Samtliga kommuner fick efter tillsynen mer eller mindre omfattande kritik, så även Härnösands kommun. Socialförvaltningen har sedan tillsynen startade arbetat systematiskt med de fokusområden som IVO identifierat som bristområden. Bristområden som IVO identifierat var:

- Individuell bedömning och kompetens samt språk,
- Kontinuitet och dokumentation,
- Läkemedel, samt
- Vård i livets slutskede.

För att möta kritiken från IVO och även identifiera vilka åtgärder som behöver sättas in, beslutade verksamhetschef för särskilda boenden, verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt medicinskt ansvarig sjuksköterska att genomföra så kallade verksamhetsbesök i alla särskilda boenden våren 2023.

Verksamhetsbesöken genomfördes som ett samtal med enhetschef och sjuksköterskor i respektive verksamhet och utgick från en samtalsmall, som hade lämnats ut i förväg. Samtalen dokumenterades sedan och återfördes till respektive verksamhet. En sammanfattning med analys samt åtgärder skrevs ihop – vilket blev svaret till IVO kring de brister som de identifierat i kommunen. Svaret redovisades även för Socialnämnden. Utifrån kommunens svar beslutade IVO att avsluta tillsynen av kommunen.

### Fortsatta verksamhetsbesök

Verksamhetsbesöken blev en uppskattad aktivitet av både verksamheten och av ledningen. Ett samtal kring den lokala verksamhetens kvalitet och utmaningar. Beslut togs då att verksamhetsbesöken ska vara en del av det årliga och systematiska kvalitetsarbetet.

Under hösten 2023 genomfördes därför nya verksamhetsbesök, med samma metod som beskrivits ovan. Minnesanteckningar har återförts till verksamheten och nedan redovisas de viktigaste iakttagelserna som varit av generell karaktär och återkommande i flera särskilda boenden och med utgångspunkt i de fokusområden som IVO identifierat ovan, inklusive beslutade åtgärder.

### Resultat verksamhetsbesök hösten 2023

#### Område Individuell bedömning och kompetens samt språk:

- Andelen vård- och omsorgspersonal med vårdutbildning har ökat under 2023. Flera personal befinner sig dessutom under utbildning.
- Vissa verksamheter arbetar med att hitta formerna för löpande kompetenshöjning i verksamheten. Behov att öka följsamheten kring rehabinsatser krävs.
- Språkombud finns i alla verksamheter, men arbetet behöver utvecklas.
- Förebyggande och proaktivt arbete behöver utvecklas, samt användningen av kvalitetsregister som Senior alert. Ny riktlinje finns för området, men behöver arbetas in och skapa lokala rutiner.

#### **Åtgärder:**

- Ökad aktivitet kring språkombud har startats. Det ska skapas en arena för språkombuden där de kan samverka och stödja varandra. Parlorer kring begrepp och svara ord utvecklas.

- Rehabinsatser behöver bli mer synliggjorda i verksamheten.
- Bilda en arbetsgrupp kring proaktivt arbete.
- Användningen av BPSD-registret och utbildningar kring arbetssättet i särskilda boenden ska intensifieras.
- Använda Medvind och lägga in personalens kompetens löpande av enhetscheferna – för att ha koll på den lokala verksamhetens kompetens.

#### Område Kontinuitet och dokumentation:

- Användning av Symtomkollen behöver ökas. Nu finns den även att ladda ner som inbäddad app i mobiltelefonerna.
- Genomförandeplanerna ska uppdateras regelbundet och göras tillgänglig för personal som har behov av uppgifterna i sitt arbete.

#### **Åtgärder:**

- Ett utredningsarbete är under uppstart kring nya lagen Samordnad vård och omsorgsdokumentation, även kallad SVOD. I detta arbete kommer behovet kring kompetens av dokumentation komma in, både att skriva och ta del av dokumentation.

#### Område Läkemedel

- Överlag fungerar delegeringsprocessen väl. En egenkontroll är genomförd som visar på god följsamhet. Enhetschefer och legitimerad personal samverkar på ett bra sätt kring området.
- Kunskaper i läkemedelshantering bedöms av verksamheterna goda. Personal hör av sig om de är osäkra.
- Signering av läkemedel före utdelning förekommer fortfarande i flera verksamheter. Enhetschefer och sjuksköterskor påminner om rutinerna. Lifecare-appen (aktivitetsplanering) för särskilt boende är fortfarande i testfas och är inte tillräckligt säker för vidare implementering.

#### **Åtgärder:**

- En arbetsgrupp är skapad för arbete kring appen Aktivitetsplanering.
- En checklista är framtagen till stöd för sjuksköterskor för att få en hög följsamhet till delegeringsprocessen.

#### Område Vård i livets slutskede

- Vak i livets slutskede fungerar väl i samtliga verksamheter.
- Det förekommer mycket sällan att det är annan personal än ordinarie som utför för vak i livets slutskede. Det är dock alltid personal med längre erfarenhet som utför vaken.
- Skriftliga uppdrag finns inte alltid. Det finns behov av att se över hur dokumentationen ska genomföras och göras tillgänglig.

#### **Åtgärder:**

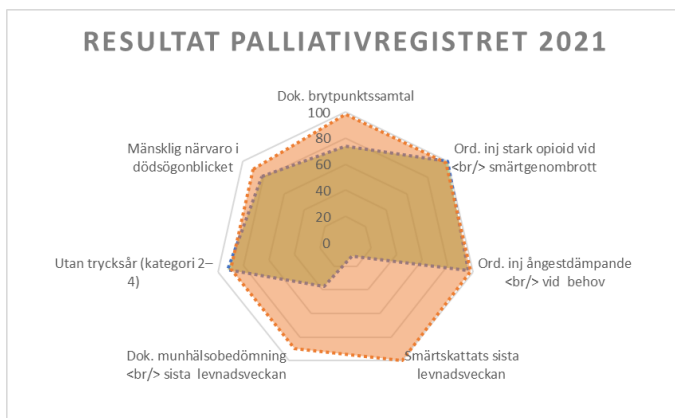
- Beslut har fattats att bilda en arbetsgrupp för att se över området, utgå från det nya Nationella Kunskapsstödet kring vård i livets slutskede.

#### **Övriga fynd och åtgärder som identifierats under samtalen:**

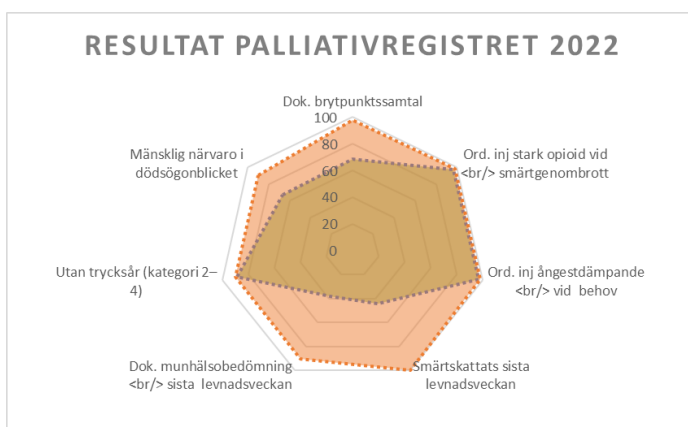
Mötesstruktur i verksamheten fungerar mycket olika mellan verksamheterna. Samma arbetsgrupp som ska titta på det proaktiva arbetet får även i uppdrag att hitta en gemensam lösning som tillgodoser allas behov av samverkan, ex. mötesstruktur på särskilda boenden, möjlighet för arbetsterapeuter och fysioterapeuter att delta på omvårdnadsplaneringar osv.

### Bilaga 3. Resultat från Svenska Palliativregistret

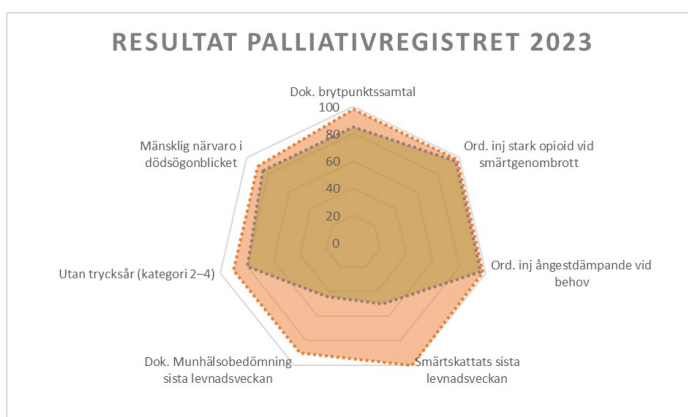
God vård i livets slut är ett viktigt och angeläget område att utveckla. Genom att använda Svenska Palliativregistret kan kvaliteten följas över tid. I spindeldiagrammen nedan visas resultat mellan 2021 och 2023. Antalet registreringar har ökat successivt mellan åren, 2021 hade 27 registreringar genomförts och under 2023 hade antalet ökat till 80. Det är det högsta värdet sedan 2018. I en preliminär analys av detta och kopplat till exempelvis indikatorn Smärtskattning sista levnadsveckan – visar resultatet en ökning från i snitt 11% till 50 procent de senaste tre åren– vilket är en tydlig förbättring och samtidigt som antalet registreringar ökat. Det har även införts en egenkontroll baserat på KVÅ-koder kopplat till brytpunktsamtal. Under 2022 användes koden för tre unika patienter och under 2023 20 unika patienter. Målet är att värdet ska vara högt och stigande mellan åren.



Figur 10. Resultat för 2021.



Figur 11. En tydlig förbättring att använda validerad smärtskattning sista levnadsveckan under 2022, mot föregående år.



Figur 12. En tydlig förbättring för flera av indikatorerna under 2023, mot föregående år.

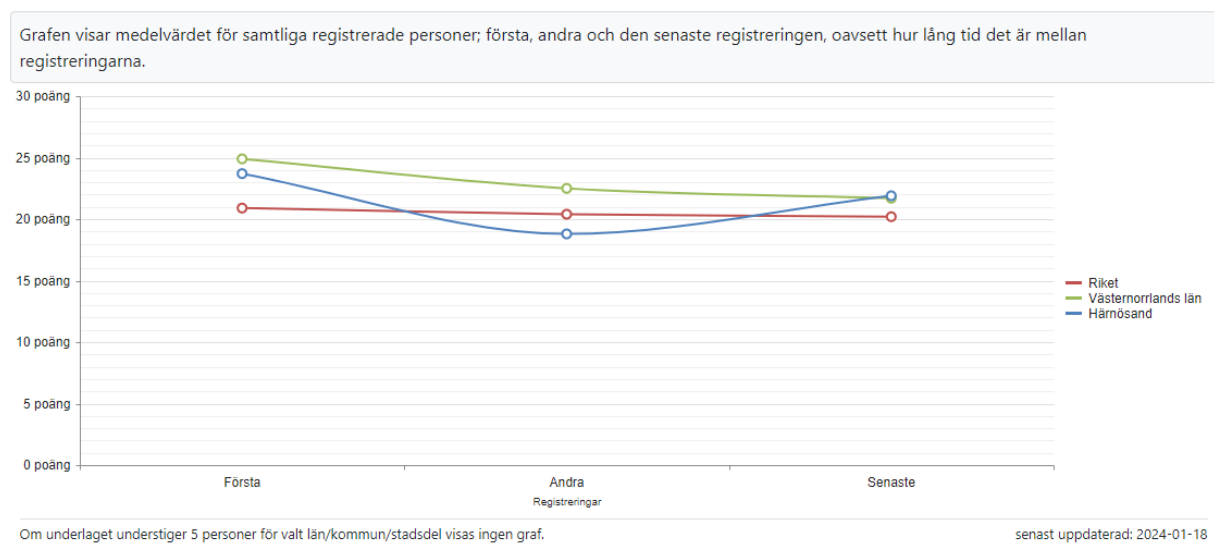
## Bilaga 4. Resultat från BPSD-registret

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, Nursing Home (NPI-NH) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

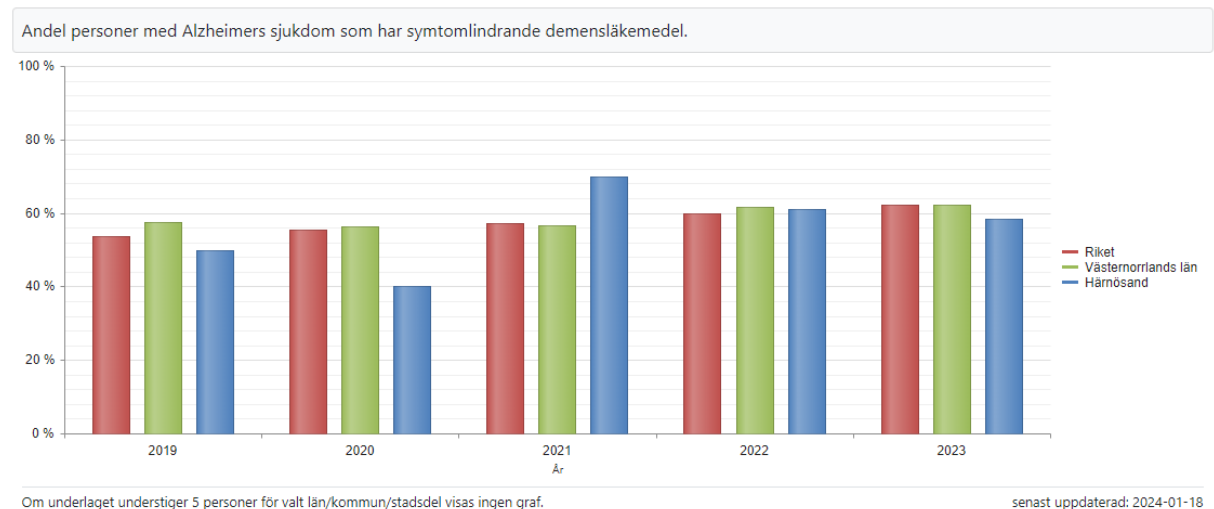
Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. När man arbetat med åtgärderna under en bestämd tidsperiod, utvärderar man dessa genom att göra en ny NPI-skattning och upprepa processen.

### NPI-poäng över tid för samtliga registrerade personer vid skattning av BPSD-symtom.



Figur 13. På aggregerad nivå i Härnösand förbättras den enskildes mående initialt, men BPSD ökar sedan successivt till tredje skattningstillfället. Låg nivå är bra.

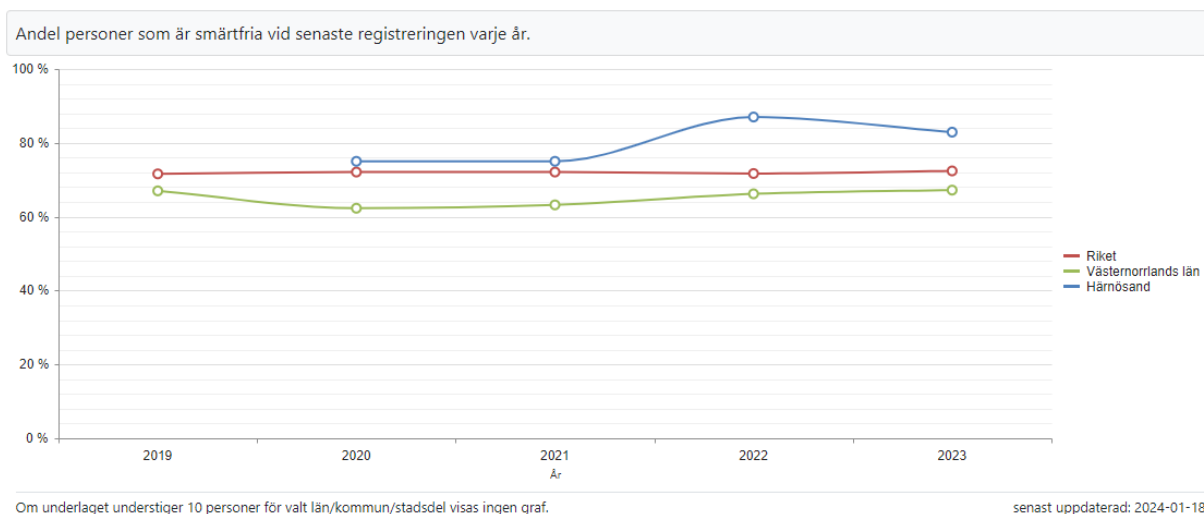
### Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel.



Figur 14. Andelen individer på aggregerad nivå i Härnösand som har symtomlindrande läkemedel har fortsatt att minska under 2023. Målet är att resultatet ska öka successivt. Området skulle behöva lyftas i samverkan mellan kommun och region.



## Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år.



Figur 15. Andelen individer på aggregerad nivå i Härnösand som är smärtfria ligger fortfarande över länet och riket för 2023 – vilket är mycket positivt.

### Utvecklingsarbete

Härnösands kommun har certifierade utbildare, som dels utbildar nya administratörer för att arbeta med BPSD-registret, men även som handledare och metodstöd till verksamhetens medarbetare.

### Under 2023

En hemtjänstgrupp har utbildats till BPSD administratörer totalt: 3 personer under 2023. Sedan satte inköpsstoppet stopp för vidare utbildning.

I hemtjänsten är det två som har kunnat registrerats i skarpa registret pga att det saknas samtycke eller demensdiagnos. Dock har registret använts i testdatabasen för att få tillgång till arbetssättet, 36 patienter, varav majoriteten, 26 individer, i ordinärt boende.

BPSD-registret har använts i samband med handledning i särskilt boende, totalt 53 unika patienter i skarpa registret, vilket är kommunens högsta siffra sedan starten med registret 2014. Testdatabasen har använts vid skattning av 36 patienter (av samma anledning som ovan), vilket även det är en toppnotering. För att kunna minska användningen av testmiljön så behövs det fler utbildade BPSD-administratörer i kommunen.

Den certifierade utbildaren har även vid flera tillfällen varit ute på särskilda boenden, och på gymnasiet och föreläst om registret och om demenssjukdomar. Handledning har även genomförts mot chefer, legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal samt biståndshandläggare.

## Bilaga 5. Resultat kring olämpliga läkemedel

### Nulägesmätning av läkemedel – i samverkan med regionen

När det gäller stående ordinerade läkemedel så har Härnösand legat kring genomsnittet i länet. Detta har dock förändrats under de senaste åren. I särskilda boenden ligger numera Härnösand högst i länet, medan det sjunkit något i ordinärt boende. Andelen vidbehovsläkemedel har minskat inom särskilda boende och ökat något ordinärt boende.

Däremot har trenden med en ökad andelen patienter med sömnläkemedel, neuroleptika och oxazepam (ett lugnande läkemedel) fortsatt uppåt. Alla tre läkemedelsgrupperna är olämpliga att använda över tid till äldre. Där ligger Härnösand nu högst i länet och har ökat ytterligare från 2022. Detta är varken önskvärt eller lämplig och riskerar ett ökat antal vårdskador och sämre mående hos de sköra äldre som får sin vård och omsorg av kommunen. Användning av läkemedel för att dämpa personer med utåtagerande beteende kan betraktas som en begränsningsåtgärd, som inte har stöd i lagstiftningen. För att komma tillrätta med detta behövs sannolikt mer kunskaper och metoder kring utmanande beteende till både chefer, legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal.

### Andel stående läkemedel per patient i Härnösand

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>SÄBO</b>	7,7	7,4	7,2	7,0	7,5	7,7	8,2	8,7	8,7	9,8
<b>Hemsjukvård</b>	6,9	5,9	6,7	6,7	7,0	7,1	7,4	7,0	7,9	7,7

Tabell 4. Antalet läkemedel per patient har ökat i särskilt boenden för äldre och sjunkit i ordinärt boende

När det gäller symtombedömning inför läkemedelsgenomgång (LMG) ligger kommunen på 94 procent genomförandegrad för särskilda boenden, vilket är högst i länet. När det gäller ordinärt boende är andelen ökat från 4 procent (2022) till drygt 17 procent (2023) – vilket är positivt. I en ny egenkontroll som tagits fram kan tre åtgärds-koder (KVÅ) följas som berör LMG. För 2022 användes koderna för 109 unika individer och under 2023 var antalet 227 unika individer. Störst ökning har skett i särskilda boenden. Värdet ska vara högt och ökande mellan åren.

### Åtgärder

En arbetsgrupp från flera av socialtjänstens verksamhetsområden bildades hösten 2023 för att titta närmare på området skyddsåtgärder. Det saknas idag aktuella dokument och vägledningar inom området. Arbetsgruppen har samverkat med FoU Malmö, som har gjort ett gediget arbete inom området och stöd finns även i Nationella Kunskapsguiden och på Svenskt demenscentrum.

Utifrån det ovan har ett förslag på kunskapsunderlag och ett ledningssystem med processer tagits fram. Detta kommer under våren 2024 diskuteras och beslutas i förvaltningsledningen. Arbetet kommer att behöva vara långsiktigt, men både kunskapshöjande insatser och utbildning och användning av olika verktyg och ske i två olika spår; ett spår för personal inom verksamhetsområdet funktionsstöd och ett andra spår inom demensområdet.

För att fortsätta att öka andelen som får en läkemedelsgenomgång genomförd i ordinärt boende samverkar kommunen med vård-/hälsocentralerna i Härnösand. Kommunens sjuksköterskor ska vara drivande och påtala behovet av läkemedelsgenomgångar kring de sköra äldre som har hälso- och sjukvård från kommunens primärvård i ordinärt boende. Lokala rutiner kring hur arbetet ska genomföras ska skrivas ner i samverkan mellan kommunen och respektive vård-/hälsocentral. Kommunens del i arbetet är att genomföra en symtomskattning, efter överenskommelse med den enskildes primärvårdsläkare.

## Bilaga 6. Resultat kring senior alert och trycksår

### Senior alert

Kommunen har ökat andelen som har fått en riskbedömning i särskilda boenden. Målet bör dock vara drygt 300 unika individer. I ordinärt boende saknas idag ett aktivt kvalitetsarbete med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Dock pågår ett utvecklingsarbete kring teamarbete i hemtjänsten där riskbedömningar utifrån fall, trycksår, undernäring och munhälsa används, dock inte själva kvalitetsregistret under 2023.

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	
Härnösands kommun	2017	285	95% ↑ 409 av 432	80% ↑ 327 av 409	93% ↑ 380 av 409	68% ↓ 250 av 366	27 ↓ 15 personer	100 ↓ personer	276 ↑ 80 personer	88 ↓ personer
Härnösands kommun	2018	305	97% ↑ 485 av 502	85% ↑ 413 av 485	92% ↓ 445 av 485	64% ↓ 294 av 458	38 ↑ 26 personer	104 ↑ personer	224 ↓ 58 personer	91 ↑ personer
Härnösands kommun	2019	191	94% ↓ 256 av 272	88% ↑ 224 av 256	90% ↓ 230 av 256	47% ↓ 124 av 265	14 ↓ 10 personer	73 ↓ personer	69 ↓ 19 personer	67 ↓ personer
Härnösands kommun	2020	196	96% ↑ 286 av 297	91% ↑ 259 av 286	91% ↑ 259 av 286	32% ↓ 55 av 173	13 ↓ 9 personer	60 ↓ personer	12 ↓ 12 personer	69 ↑ personer
Härnösands kommun	2021	229	95% ↓ 318 av 333	84% ↓ 266 av 318	89% ↓ 284 av 318	43% ↑ 128 av 300	13 ↑ 8 personer	73 ↑ personer	7 ↓ 6 personer	72 ↑ personer
Härnösands kommun	2022	261	95% ↓ 396 av 387	90% ↑ 329 av 366	90% ↑ 328 av 366	61% ↑ 189 av 312	27 ↑ 25 personer	108 ↑ personer	45 ↑ 24 personer	78 ↑ personer
Härnösands kommun	2023	247	97% ↑ 320 av 329	81% ↓ 259 av 320	88% ↓ 282 av 320	71% ↑ 211 av 296	30 ↑ 23 personer	114 ↓ personer	26 ↓ 14 personer	95 ↑ personer

Figur 16. Resultat från kvalitetsregistret Senior alert.

Under 2023-24 utreder leverantören (Tieto) av kommunens verksamhetssystem (Lifecare HSL) en journalintegrering ske mellan kommunens journalsystem (Lifecare HSL) och kvalitetsregistret Senior alert. Förutsättningarna att öka täckningsgraden kommer då att öka väsentligt. Förutsättningar med att komma igång inom hemtjänsten är då långt mycket bättre än tidigare när denna digitala integration är på plats.

### Senior alert, området Blåsdysfunktion

Alla som har urinläckage eller andra urinvägsproblem, även kallat blåsdysfunktion, ska få sina besvär utredda, åtgärder insatta samt få individuellt utprovade inkontinensskydd. Allt för få sköra äldre i särskilda boenden får detta, vilket kan ses i resultat från öppna jämförelser.

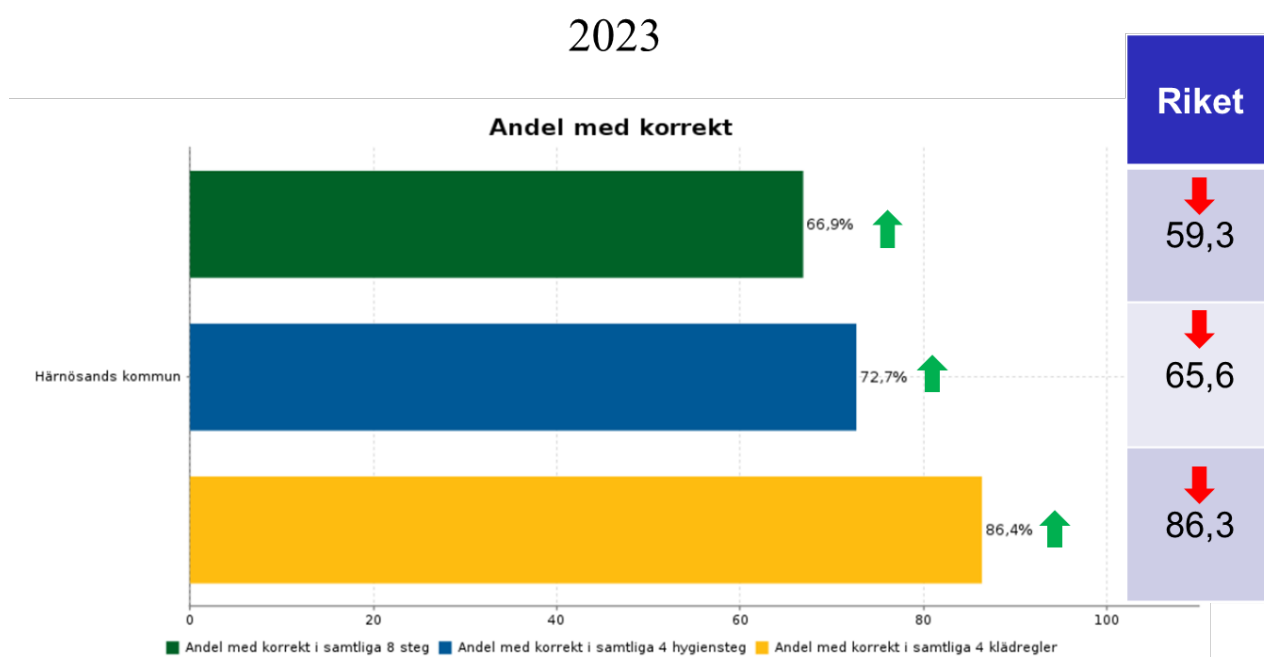
För att komma tillrätta med detta kan modulen blåsdysfunktion användas i Senior alert samt användning av inkontinenshjälpmedel med sensorer – som mäter i realtid när ett läckage inträffar. Ett utvecklingsarbete har påbörjats under 2023 kring användning av sensorskydd inom några utvalda särskilda boenden i kommunen. Detta arbete kommer fortsätta under 2024.

### Trycksår

Andelen med trycksår har ökat i Härnösand mot 2022, och kommunen ligger nu något över riksnittet. I en punktmätning (PPM) i alla kommuner i länet visade sig att Härnösand dessutom har ett större antal svårläkta sår, där trycksår kan ingå. Detta orsakar patienter ett onödigt litande, samt är resurskrävande – både vad gäller personal som ska sköta om såren och dyra omlägningsmaterial. En satsning kring svårläkta sår har beslutats att genomföras 2024 för att komma tillrätt med detta bristområde.

## Bilaga 7 PPM basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Kommunen har varit med i denna PPM BHK, som är en så kallad observatörsgranskning av de basala hygienrutinerna och klädreglerna, för tredje året i rad. Kommunen står sig väl i jämförelse med övriga landet. I andra mätningen våren 2023 hade resultatet ökat, medan det har sjunkit på det nationella planet. 2023 års mätning var den sista nationella mätningen, då Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beslutat att avveckla databasen. Databasen är gammal och inte uppdaterad på många år och det saknas medel för att skapa en ny nationell databas. För att inte tappa farten i detta viktiga arbete har därför kommunen utvecklat en lokal uppföljning som sker löpande under året i form av självskattningar. Målet är även att med samma metod, som den nationella mätningen, genomföra en observatörsmätning lokalt under våren 2024. Resultatet kan dock inte jämföras mot andra kommuner.



Figur 17. Resultat PPM kring basala hygienregler och klädregler har förbättrats 2023 mot resultaten 2022.

### Samverkan med regionens smittskydd och vårdhygien

Kommunerna i länet har ett samverkansavtal med regionen kring vårdhygien. ...

### Analys och åtgärder

Följsamheten till basala hygienrutiner är viktigt ur både ett patientsäkerhetsperspektiv, men även för personalens arbetsmiljö. Det är bra att följsamheten har ökat igen, men visar på vikten av att hela tiden påminna om varför det är viktigt och att lokalt följa sina resultat.

En åtgärd har varit att ta fram en digital självskattning (egenkontroll), som personalen genomför fyra gånger per år, eller oftare om lokal enhetschef beslutar om detta. Resultat av denna självskattning får enhetschefen på en gång och kan sedan återföra det till sina medarbetare. Under 2023 har 1043 unika självskattningar genomförts med stöd av det digitala stödet. Bedömningen är att detta kan öka ytterligare. Ett årshjul har därför tagits fram för att stötta enhetscheferna kring när dessa självskattningar ska genomföras. Resultatet av självskattningen visar på en god följsamhet, vilket indikerar att personalen vet hur de ska tillämpa de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Om sedan alla följer dessa rutiner i alla patientmöten säger inte mätningen något om.

## Bilaga 8. Nära vård och olika delprojekt

I landet och inom länet pågår en omställning av hälso- och sjukvården ”God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”. God och nära vård är en nationell satsning som ska pågå till 2030, kanske längre. Satsningen beskrivs som lika stor som när vi en gång skapade vårt välfärdssystem som nu behöver ställas om. Fokus ligger på primärvården som basen i hälso-och sjukvården. Satsningen berör alla åldrar men ett stort fokus ligger dock på de äldre då vi står inför en demografisk utmaning.

### God och Nära vård och projektet teamsamverkan

Under 2023 har arbetet med Nära vård fortsatt bl. a. genom avslut av ett projekt för att utveckla teamarbetet inom förvaltningen ”Teamarbete i samband med utskrivning från sjukhus”.

### Effektmål i utvecklingsprojektet

- Med projektet vill förvaltningen uppnå
- Upplevelse av trygghet, kontinuitet, lättillgänglighet och delaktighet hos brukare/patienter
- Utveckla förutsättningarna för samverkan med regionen.
- Utveckla interna teamarbetet mellan hemtjänst, hemsjukvård och biståndsenhet.
- Förbättra arbetsmiljö samt kompetensförsörjning genom att stärka kompetensen hos hemtjänstpersonalen och använda rätt kompetens vid rätt tillfälle.

### Projektets mål

- Inom biståndsenheten specialisera biståndsbedömningen mot hemgång från sjukhus genom att utse biståndshandläggare som blir en del i det team som arbetar med utskrivningsprocessen.
- Inom hemsjukvården förstärka med undersköterskor som förutom den legitimerade personalen blir deltagare i teamet. Undersköterskorna förstärker i omvårdnadsarbetet med sin kompetens, kan handleda hemtjänstpersonal och bidra med underlag för beslut gällande fortsatta hälso- och sjukvård samt sociala insatser.
- Inom hemtjänsten utföra de beviljade insatserna genom att bemanna med ordinarie hemtjänstpersonal som blir en del i teamet, dessa får även vid behov handledning av undersköterskor som förstärker vid hemgång.

Inom ramen för projektet möjliggöra samverkan med Regionen.

Projektet startades april 2022 och i den inledande fasen skapades rutiner för förhållnings- och arbetssätt samt inledande samverkan med den regionfinansierade primärvårdens fasta vårdkontakter (FVK). Användande av digital plattform PEXIP (fd CISCO meeting) i samband med Teamträffar samt avstämningsmöten innan hemgång. Dessa med deltagande från FVK vid behov.

Nästa fas av projektet inleddes 5/12 2022 för att testa av rutin samt utveckla samverkan ytterligare. Arbetet följs löpande av forskare på MIUN kring vård- och omsorgstagarnas upplevelser. FoU Västernorrland följer också upp arbetet genom enkäter till personalen.

Efter WS 15/11 2022 med samtliga inblandade verksamheter inklusive FVK beslutade projektgruppen samt FVK att arbeta vidare med vissa delar som framkom vid WS.

- SIP i hemmet vilket inte genomförs i dagsläget, start efter 16/1 2023 då FVK som arbetar vid Hälsocentralerna i Kramfors är inbjuden till inspirationsträff
- SA bedömningar på dessa patienter/brukare efter hemkomst, innan SIP
- Beslut om insatsen ”Trygg hemgång” för att säkerställa för dessa brukare/patienter innan SIP

Projektet avslutades 30/11 2023. SIP på distans och riskbedömningar var tänkt att ingå i arbetssättet i teamet och att SIP på distans skulle vara den faktor som möjliggjorde förbättrad samverkan med regionens fasta vårdkontakter. Men kommer inte igång trots förlängning av projektet med sex månader.

- Hinder internt i kommunens verksamheter
- Kunskapsbrist i hemtjänsten gällande teknik, chefsbyten, organisationsförändring
- Bristande följsamhet till den sedan 2018 fastställda samverkansrutinen
- Upplevelse av att man som fast vårdkontakt inte varit delaktig i beslut trots att man deltagit i framtagandet av tillvägagångssättet (avgränsning i projektet till omfattning av brukare/patienter som blir föremål för SIP på distans)

Under oktober beslutas att avsluta dessa försök och fokusera på det sedan Fas1 framtagna arbetssättet för att kunna implementera i samtliga hemtjänstområdets team.

### **Erfarenheter**

- Driva projekt i ordinarie verksamhet med befintliga resurser - den identifierade risken att det skulle vara svårt att bemanna i projektet har visat sig besannas på grund av en rad olika omständigheter främst stor omsättning av delprojektledare (chefer i verksamheterna hemtjänst och biståndsenhet) vilket lett till kontinuitetsbrist och bortfall av kännedom om projektet.
- Organisationsförändring - gruppledarna försvinner från hemtjänsten och planeringen av insatserna läggs centralt (BOP) Gruppledarna identifieras tidigt i projektet som nyckelfunktioner i teamarbetet. Ett GAP uppstår i verksamheten då denna funktion genomfört även andra uppgifter och hade stor personlig kännedom om den enskilda gruppen/teamet.
- Delta i forskningsprojekt - upplevelse hos brukare/patienter uteblir då vi endast anmält ett fåtal för intervjuer till MIUN pga. svårigheter att lämna ut informationsmaterial till brukare/patienter
- Samverkan med regionen - förutsättningar finns i form av ambition men åsikter/kunskaper om vad och hur utskrivningsprocessen med ett personcentreringsfokus ska gå tillväga går isär, både inom kommunen och mellan kommun och regionen. Stöd med teknikanvändande genom bl. länsövergripande projekt SIP på distans men följsamhet till överenskomna arbetssättet uteblir.

### **Förslag på förbättringar:**

- Identifiera möjligheter att genomföra det som beslutats/överenskommit
- Identifiera utbildningsbehov/förtydliganden
- Under projekt få/be om information gällande förändringar som har/kan ha påverkan på projektets arbete

### **God och Nära vård och uppdraget Intensiv hemrehabilitering**

Utifrån uppdrag från förvaltningsledning titta på mål och syfte med intensiv hemrehabilitering samt göra omvärldsbevakning. Presentera ett par goda exempel med utlåtande om för och nackdelar samt motivering till förslag till ev. fortsatt arbete. Utgångspunkt ska vara inom målsättning för God och nära vård.

### **Beskrivning av Intensiv hemrehabilitering (IHR)**

- Stärka den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga och därmed göra personen mer självständig i sitt vardagsliv och på så sätt minska behovet av insatser från socialtjänst.
- Utförs i den enskildes egna bostad, ansvarig för genomförande, fysioterapeuter och eller arbetsterapeuter.
- Faller inte inom uppdraget för rehabilitering varken för kommunal eller regional hälso- och sjukvård utan är hälsofrämjande och förebyggande utifrån identifierad rehabiliteringspotential som kan leda till ökad självständighet.

### **Mål och syfte**

Syftet med intensiv hemrehabilitering inom socialförvaltningen i Härnösands kommun är att hitta ett arbetssätt som dels skapar ökad självständighet för den enskilde samtidigt som det minskar behovet av hemtjänstinsatser.

Målsättningen är att den enskilde har inga eller minskade hemtjänstinsatser efter avslutad rehabiliteringsperiod samt upplever ökad självständighet.

### **Förslag på Modell**

Projekt som sker utanför ordinarie verksamhet med specifikt team. Själva teamet består av fysioterapeut och arbetsterapeut från hälso- och sjukvårdsenheten samt biståndshandläggare från biståndsenheten.

- Fysioterapeut (FT) och arbetsterapeut (AT) bedömer och genomför rehabiliteringsinsatserna.
- Den specifika biståndshandläggaren håller i biståndshandläggning för ärenden inkluderade i IHR

Verksamheterna fortsätter arbetet under 2024.