

# Patientsäkerhetsberättelse för Kramfors kommun år 2023

**Agera**  
för säker vård



## Inledning

*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".

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>6</b>
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
2.1.1	Övergripande mål och strategier .....	6
2.1.2	Organisation och ansvar .....	6
2.1.3	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
2.1.4	Informationssäkerhet .....	9
2.2	En god säkerhetskultur .....	9
2.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	10
2.4	Patienten som medskapare .....	11
<b>3</b>	<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>12</b>
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
3.1.1	Utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser .....	13
3.1.2	Smittutbrott .....	15
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
3.2.1	HALT .....	16
3.2.2	Läkarmedverkan .....	17
3.2.3	Olämpliga läkemedel hos äldre .....	17
3.2.4	Extern granskning av läkemedelshantering .....	21
3.2.5	Narkotikasvinn .....	21
3.2.6	Digital signering .....	22
3.2.7	Tandvårdsstöd .....	22
3.2.8	Smittförebyggande arbete .....	23
3.2.9	Riktade satsningar på rehabilitering och habilitering .....	23
3.2.10	God och Nära vård .....	24
3.3	Säker vård här och nu .....	24
3.3.1	In- och utskrivning i slutenvård .....	24
3.3.2	Egenvård .....	24
3.3.3	Medicintekniska produkter .....	25
3.3.4	Riskhantering .....	25
3.3.5	Delegeringar .....	26
3.3.6	Kvalitetsregistret Senior Alert .....	27
3.3.7	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) .....	29
3.3.8	Svenska palliativregistret .....	30
3.3.9	Bemanning legitimerad personal .....	31
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling .....	32
3.4.1	Journalgranskning legitimerad personal .....	32
3.4.2	Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg .....	33

3.4.3	Hälso- och sjukvårdsavvikelser .....	33
3.4.4	Klagomål och synpunkter .....	41
<b>3.5</b>	<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap .....</b>	<b>42</b>
3.5.1	Behovsstyrd resursfördelning inom hälso- och sjukvården .....	42
3.5.2	Ansvarsfördelning vid frånvaro .....	42
3.5.3	Träning och simulering .....	42
3.5.4	Kontinuitetsarbete och beredskap .....	42
<b>4</b>	<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>43</b>

## 1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det patientsäkerhetsarbetet som genomförts i välfärdsförvaltningen under 2023 och det resultat som uppnåtts men innehåller också områden att arbeta vidare med under kommande år.

Några viktiga åtgärder under året:

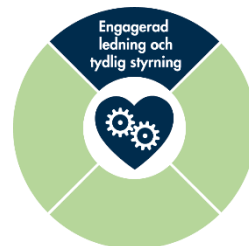
- Teamutbildningen för legitimerad personal och enhetschefer inom äldreomsorgen har påbörjats under hösten. Utbildningen är en riktad åtgärd utifrån de brister som identifierats inom det systematiska förbättringsarbetet och hanteringen av avvikelser.
- Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet har arbetet inletts med att ta fram den lokala handlingsplanen för förvaltningen.
- Införandet av hygienombud bedöms varit en bidragande faktor till den minskade smittspridningen under året jämfört med föregående år.
- Inom särskilt boende har antalet skattningar av symtom vid demenssjukdom har ökat.
- Antalet symtomskattningar inför läkemedelsgenomgång har ökat i särskilt boende.
- Under året har riktade satsningar på rehabilitering och habilitering genomförts både mot gruppen äldre och personer med intellektuella funktionsnedsättningar.
- Förtydligad och förstärkt introduktion för nyanställda sjuksköterskor.
- Möjligheten till simulering och träning av olika hälso- och sjukvårdsuppgifter har möjliggjorts genom metodrummet på Campus Kramfors.
- Medicinskt ansvariga har utvecklat arbetssättet vid både utredning och återkoppling av allvarliga händelser. Utvecklingen har bidragit till ett större lärande i organisationen och en större spridning av kunskapen.
- Fler riskanalyser inför förändrade arbetssätt eller inför riskfyllda perioder har utförts jämfört med tidigare år.

## 2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledningssystemet är till för att systematisk och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvalitén i verksamheten. Valfärdsnämnden fullgör sitt ansvar bland annat genom att varje år fastställa plan för patientsäkerhetsarbete och därigenom följa och redovisa resultatet av detta arbete genom patientsäkerhetsberättelsen.



#### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Vision: Tillsammans har vi mod att skapa livskraft – i hela vår kommun		
Agenda 2030 och politiskt prioriterade områden		
Mål- och resursplan med övergripande mål		
Perspektiv Kramforsbon	Perspektiv Medarbetare	Perspektiv Ekonomi
En god verksamhet med effektiva processer	En attraktiv arbetsgivare med delaktiga och professionella medarbetare	En ekonomi i balans
Verksamhetsplaner och aktiviteter		
Uppföljning		

Källa: Valfärdsnämndens verksamhetsplan 2023.



Källa: Målbild 2030, God och Nära vård i Västernorrland.

#### 2.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enligt 6 kap. 4§ Patientsäkerhetslagen (PSL) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga till att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

#### Valfärdsnämnden

Nämnden som vårdgivare ska planera, leda samt kontrollera verksamheten. Detta på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård och kravet på god kvalitet upprätthålls.

#### Förvaltningschef

Ansvarar för att leda och fördela förvaltningens arbete i enlighet med nämndens mål och gällande lagar och författningar.

## **Verksamhetschef hälso- och sjukvård**

*Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1*

Ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten och att patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

## **Verksamhetschef SoL och LSS**

Ansvar för att verksamheten inom området bedrivs med god kvalitet. Verksamhetschef har det direkta ansvaret för att planera, leda och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet inom sitt område.

## **Medicinskt ansvarig för rehabilitering och medicinskt ansvarig sjuksköterska**

*Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1*

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet. MAR och MAS utövar sitt ansvar genom att fastställa tjänsteföreskrifter och rutiner, följa upp resultat och identifierar prioriterade förbättringsområden i verksamheten.

MAR och MAS ansvarar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket.

## **Enhetschef**

Ansvar för att planera, leda och genomföra systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med ledningssystemet för kvalitet. Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som uppföljningen visar samt för att ge information om resultatet till medarbetare och patienter.

## **Legitimerad personal**

Legitimerad personal är delaktig i det systematiska förbättringsarbetet, rapporterar händelser och resultat. Ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

## **Medarbetare**

Arbetar i enlighet med de styrdokument och ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och medverka i planering och uppföljning av mål och resultat.

### **2.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

En förutsättning för att förebygga uppkomst av vårdskador inom hälso- och sjukvården är en god samverkan.

### Intern samverkan

Inom förvaltningen finns ett flertal samverkansforum. Nedan följer några exempel:

- **Särskilt boende för äldre, funktionsstöd och hemtjänst/hemsjukvård:** Samverkan kring den enskildes behov där stöd- eller omvårdnadspersonal, enhetschef och legitimerad personal deltar.
- **Legitimerad personal:** Yrkesträffar
- **Hygienombud:** Hygienombud träffas tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska kontinuerligt under året för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte.

### Extern samverkan

Representanter från kommunen deltar i nätverk och samverkansforum inom olika områden. Nedan följer några exempel:

- **MAS/MAR nätverket:** Består av medicinskt ansvariga från länets kommuner. Syftet är kollegialt utbyte, skapa samsyn i länet samt arbeta med gemensamma utvecklingsområden.
- **Lokal samverkansgrupp (LSG äldre):** Representeras av ledning från hälso- och sjukvården i välfärdsförvaltningen samt region Västernorrland (RVN), närsjukvårdsområde Väster. Syftet är att tillgodose och samordna den äldres behov av insatser från olika vård- och omsorgsgivare.
- **Äldreomsorgsnätverket:** Representeras av länets verksamhetschefer för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Syftet är en gemensam plattform för kollegialt utbyte och samverkan i länet.
- **Läkemedelskommittén Region Västernorrland:** Verkar för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig, tillförlitlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Kontinuerliga möten tillsammans med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
- **Hjälpmiddelskommittén:** Består av representanter från länets samtliga kommuner och från RVN. Hjälpmiddelskommittén ska verka för en jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning i länet.
- **Nätverk för enhetschefer för legitimerad personal:** Består av enhetschefer inom kommunens hälso- och sjukvård. Syftet är att kollegialt utbyta information, samverka samt arbeta med gemensamma utvecklingsområden.
- **Nätverk för primärvården (region och kommun):** Består av enhetschefer från kommunens hälso- och sjukvård samt enhetschefer primärvård RVN.



- **Vårdhygien:** Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet samverkar med läkare och sjuksköterskor på Vårdhygien samt smittskyddsläkare.
- **Nätverk för samordnare GoNV:** Består av samordnare från kommunerna i länet. Syftet är samverkan i länsgemensamma utvecklingsfrågor, kunskap- och erfarenhetsutbyte, kollegialt stöd och samordning av aktiviteter.
- **Samverkan och avvikelser i vårdkedjan:** Består av verksamhetschef hälso- och sjukvård, MAS, MAR och representanter från slutenvård och primärvård RVN. Avstämning sker kontinuerligt med RVN inom närsjukvårdsområde väster för att lyfta avvikelser och samverka kring smittoläge, bemanningsläge eller eventuella händelser som gemensamt behöver riskhanteras.

#### 2.1.4 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhet är ett område som är både komplext och omfattande, vilket ställer krav på samverkan med stödfunktioner. Det finns ett etablerat samarbete mellan digitaliseringsenheten, IT-drift, dataskyddsombud samt välfärdsförvaltningen vilket är nödvändigt för att upprätthålla hög informationssäkerhet och korrekt personuppgiftshantering.

Vid införande arbetssätt som kräver ny teknik genomförs dataskyddskonsekvensbedömningar (DPIA), informationsklassificeringar samt informationssäkerhetsanalys. Under 2023 har två DPIA genomförts, vid införandet av läkemedelsautomat och vid införande av digital signering.

Behörighet- och loggkontroll sker inom välfärdsförvaltningen enligt *Rutin för granskning av loggar Treserva* och *Rutiner för behörighet i välfärdsförvaltningens verksamhetssystem*, inga anmärkningar av genomförda kontroller. Inga personuppgiftsincidenter har rapporterats.

Andra åtgärder som genomförts inom ramen för informationssäkerhet:

- Säker e-posthantering för funktionsbrevlådor inom hälso- och sjukvården.
- Införandet av Säkra meddelanden (SMT) har ökat säkerheten vid hantering av personuppgifter vid informationsöverföring från RVN.

#### 2.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur vilket kännetecknas av ett aktivt arbete för att identifiera och minska risker och skador. Ett förhållningssätt där fokus riktas mot organisatoriska bakomliggande orsaker är en förutsättning likväl som ett öppet klimat där medarbetare tryggt kan rapportera,



diskutera och ställa frågor om säkerhet. En god patientsäkerhetskultur minskar risken för att enskilda patienter drabbas av vårdskada.

Risicanalyser utifrån patientsäkerhet och även riskbedömningar utifrån arbetsmiljö är användbara verktyg för att identifiera risker och brister redan innan de uppstår. Andra viktiga redskap för att identifiera brister och risker är avvikelshantering samt synpunkter och klagomål från patienter, närstående och andra vårdgivare.

I syfte att sprida kunskap och lärande i verksamheten så delges uppmärksammade händelser och risker genom exempelvis yrkesträffar för legitimerad personal. Vid yrkesträffar deltar även medicinskt ansvariga och patientsäkerhetsfrågorna har ett stort fokus.

### **Nationell handlingsplan för patientsäkerhet – Agera för säker vård**

God och säker vård, överallt, alltid är visionen för den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Välfärdsförvaltningen har under 2023 arbetat med Sveriges kommuner och regioners (SKR) verktyg – *Agera för säker vård för stärkt patientsäkerhetsarbete*. Analysen visar på följande utvecklingsområden för förvaltningen:

1. Avvikelse rapportering och systematiskt förbättringsarbete
2. Hantering av klagomål från patient och närstående
3. Förbättrad analys och lärande utifrån inträffade händelser
4. Ökat stöd till verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet
5. Säker bemanning

Inom flera av dessa utvecklingsområden finns både verktyg och egenkontroller men systematiken att arbeta med resultatet i ett kontinuerligt förändringsarbete saknas. Under 2024 arbetar förvaltningen vidare med prioritering av områden, involvering av berörda verksamheter samt beslut om handlingsplan och aktiviteter.

### **2.3 Adekvat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Under året har ett flertal kompetenshöjande insatser genomförts i syfte att öka patientsäkerheten:

- Utbildning till hygienombud, enhetschefer och sjuksköterskor i syfte att ge vård av god hygienisk standard samt minska risken för vårdrelaterade infektioner. Utbildningsinsats till förvaltningsledning gällande ansvarsfördelning i det smittförebyggande arbetet.



- Utbildningsinsatser i förbättringsarbete, avvikelshantering och teamsamverkan för enhetschefer inom äldreomsorgen och legitimerad personal. Utbildningen förväntas ge förutsättningar för att utveckla teamsamverkan utifrån patienternas behov samt utveckla det systematiska förbättringsarbetet på enheten. Under 2024 planeras samma utbildningsinsats inom område funktionsstöd.
- Legitimerad personal har fått utbildning på Hospice i Sundsvall i syfte att öka kvalitén vid vård i livets slutskede.
- Två sjuksköterskor påbörjat specialistutbildning till distrikts-sjuksköterskor genom akademisk specialisttjänstgöring (AST).
- Samtliga chefer inom välfärdsförvaltningen har utbildats i salutogent förhållningsätt vilket syftar till att stärka det salutogena ledarskapet genom ökade kunskaper, verktyg och arbetssätt.
- För att kvalitetssäkra sjuksköterskans bedömning har cirka 40 sjuksköterskor fått utbildning i klinisk bedömning och beslutsstödet ViSam.
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har genomgått utbildning i förflyttningsteknik.
- Medarbetare inom äldreomsorgen har stärkts i sin språkliga kompetens samt att digitalt stöd, exempelvis språkappar tillförts.
- Inom särskilt boende har en särskild satsning genomförts för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Bland annat har rutiner och arbetssätt upprättas för informationsöverföring och dokumentation.
- Revidering av *Rutin för introduktion av legitimerad personal* har givit ett introduktionsprogram som både förtydligat och stärkt kunskapen i dokumentation, preventivt arbetet och vård i livets slut.

## 2.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för säker vård är patienter och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin egen vård samt att vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

När det finns ett behov av samordning av den enskildes hälso- och sjukvård samt sociala insatser kallar den fasta vårdkontakten till en individuell samordnad planering (SIP). Vid SIP deltar, förutom patienten och fast vårdkontakt, exempelvis legitimerad personal och biståndshandläggare. Införandet av digital teknik har ökat möjligheterna inte bara för patienten utan också för närstående att kunna delta i SIP eller vid andra digitala



vårdkontakter. Vid SIP är patienten själv en aktiv medskapare och besluten dokumenteras ned i patientens individuella plan.

Vid hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser ska patienten och om denne önskar, dess närstående bli informerade och erbjudas att delta. Vid utredning enligt lex Maria vid risk för eller vid uppkomst av allvarlig vårdskada inhämtas patientens, eller om denne inte kan medverka, dess närståendes synpunkter på det inträffade. Patienten och/eller dess närstående informeras alltid om utredningens slutsats, om anmälan sker enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, samt delges beslutet.

Medverkan av patienter och närstående i det systematiska kvalitetsarbetet kan också ske genom analys och hantering av inkomna synpunkter och klagomål till verksamheten. Målsättningen är att synpunkterna ska dokumenteras och utgöra ett underlag för fortsatta utveckling.

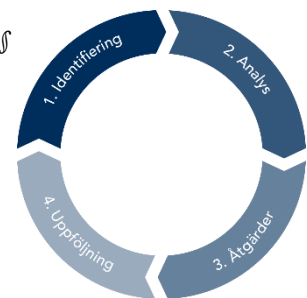
Vid förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården är patientens upplevelse av vikt att följa vilket gjorts vid exempelvis införandet av medicinska bedömningar på distans, läkemedelsautomater och intensiva rehabiliteringsinsatser i hemmet. Underlaget används för utvärdering men också för att anpassa och utveckla arbetssätten. Inför förändrade arbetssätt som rör äldreomsorgen har information delgivits seniorrådet som består av representanter från pensionärsorganisationer som haft möjlighet att komma med synpunkter. Motsvarande möjlighet saknas i dagsläget inom område funktionsstöd och för hälso- och sjukvården.

Inom God och Nära vård har invånarinvolvering och samskapade med invånarna skett både med invånarna i ett geografiskt område men också genom riktade satsningar mot seniorer och barn/unga.

Även om invånar- och patientinvolvering till viss del sker är det ett utvecklingsområde att öka involveringen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom kommunens hälso- och sjukvård. Invånarna har också möjlighet att ta del av den årliga patientsäkerhetsberättelsen som återfinns på [www.kramfors.se](http://www.kramfors.se)

### 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. Egenkontroll har under 2023 skett enligt *Egenkontrollplan välfärdsförvaltningen*. Resultaten jämförs mot tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter samt mot nationella och regionala uppgifter.



### 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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.



#### 3.1.1 Utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser

Oönskade händelser inom område hälso- och sjukvård rapporteras som en avvikelse och hanteras enligt *Rutin för avvikelshantering*. Avvikelser där konsekvensen för patienten bedöms som mindre eller måttlig utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp på enheten i det systematiska förbättringsarbetet. Avvikelser där konsekvensen varit betydande eller katastrofal för patienten överlämnas avvikelsen till MAR och/eller MAS för vidare ställningstagande till utredning och eventuell anmälan enligt lex Maria.

De vanligaste hälso- och sjukvårdsavvikelserna inom välfärdsvärdningen är avvikelser gällande fall och läkemedel. Analyser visar på att det finns brister i hanteringen av avvikelser på många enheter. Om avvikelsen inte hanteras enligt rutin fördröjs eller uteblir upptäckten av eventuella vårdskador. Det leder till att allvarliga händelser inte alltid kommer vidare till MAS och MAR, men också att utredningarna och eventuell anmälan fördröjs. De vanligaste avvikelserna som utreds av medicinskt ansvariga är fallolyckor som resulterat i frakturer och utebliven/felaktig vård och behandling. Samtliga allvarliga händelser som utretts under året har inträffat inom särskilt boende, det är sannolikt att det finns en underrapportering från funktionsstöd och hemsjukvård.

Under året har MAS och MAR utrett ett tiotal allvarliga händelser. Fyra allvarliga händelser utretts enligt lex Maria samt en utredning av medicinteknisk produkt:

- En patient på särskilt boende som hade upprepade fallolyckor under en period och ådrog sig två frakturer samt sårskador.
- En händelse där katerbyte utförts på fel patient och detta åsamkat personen skada och lidande.
- En patient på särskilt boende som ramlat och ådragit sig en höftfraktur.
- En patient på särskilt boende som vid ett fall ådragit sig en höftfraktur.
- Ett hjälpmedel på ett särskilt boende som gick sönder vid användning med risk för att patienten kunde ha skadat sig allvarligt.

Av de fem händelser som utretts gällde fyra avvikelser kvinnor. Enligt SKR<sup>1</sup> ramlar män och kvinnor lika ofta men kvinnor drabbas oftare av frakturer.

Under året har MAS och MAR arbetat med att förändra arbetssättet kring utredning av allvarliga händelser för att på ett bättre sätt involvera enheten och teamet i utredningen och analysen av bakomliggande orsaker.

Återkopplingen till berörd enhet/team har också tydliggjorts för att bidra till ett ökad lärande i verksamheten. I samband med att arbetssättet för utredning setts över har också patient och närståendes delaktighet tydliggjorts.

Under 2023 har MAS och MAR anmält fem allvarliga händelser:

- Anmälan enligt lex Maria, brister i informationsöverföring mellan äldreomsorgen och hälso- och sjukvården gällande en patient med förändrat hälsotillstånd i hemsjukvården (anmälan avser en händelse 2022).
- Anmälan enligt lex Maria, fallolycka på särskilt boende där patienten avled (anmälan avser en händelse under 2022).
- Anmälan negativ händelse till Läkemedelsverket, taklyft på ett särskilt boende som gick sönder under förflyttning.
- Anmälan enligt lex Maria, utebliven teambaserad fallriskbedömning vid upprepade fallolyckor vid ett särskilt boende.
- Anmälan enligt lex Maria, behandling utförd på fel patient och orsakat patienten skada på ett särskilt boende.

En samlad analys av händelserna visar på vikten av teambaserat arbete med fallriskbedömningar och åtgärder. Det visade också på betydelsen av att fallriskbedömningen och eventuella åtgärder dokumenteras tydligt i journalen. De åtgärder som vidtagits har handlat om att förtydliga arbetssätt i introduktionen till sjuksköterska kring fallförebyggande arbete, arbeta aktivt för en bättre teamsamverkan samt åtgärder för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammats i dokumentationen. En checklista togs också fram med syfte att likrikta sjuksköterskas bedömning efter fallolycka och ge förslag på åtgärder utifrån undersökningarnas resultat. Checklistan ämnar också vara ett stöd för efterföljande dokumentation av undersökningen och bedömningen. Beslutsstödet arbetades fram under 2023 och implementering och uppföljning av effekter fortgår under 2024.

Vid en aggregerad analys av utredningar av allvarliga händelser enligt lex Maria samt klagomål under 2023 sticker ett särskilt boende ut vad gäller antalet utredningar och klagomål. Resultatet har lyfts till verksamhetschefer för äldreomsorg och hälso- och sjukvård för att utarbeta en plan för vidare analys och utarbetande av stödinsatser.

---

<sup>1</sup> SKR's skrift "Fallskador bland äldre – en sammanfattning och kunskapsöversikt om fallskador" 2009.

Att följa upp vidtagna åtgärder är av vikt för att säkerställa att åtgärderna givit önskad effekt och förhindrat att liknande händelser skett igen. Utifrån de allvarliga händelser som anmäldes enligt lex Maria under 2022 har följande åtgärder vidtagits under 2022/2023; åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdsdokumentationen, ökat kännedomen om rutiner för fallförebyggande arbete samt att säkerställa bedömning och dokumentation efter fallolycka. Uppföljning har inte kunnat visa på någon påtaglig effekt av insatta åtgärder under 2023. Åtgärderna har i vissa fall justerats och i andra fall beslutats ska fortgå i samma form under 2024 för att fortsätta följa effekter. En sammanställning och årsplanering för att följa åtgärder och effekter av tidigare utredningar togs fram under hösten 2023. Det har bidragit till att tydliggöra vilka åtgärdsplaner som är pågående och en bättre systematik för uppföljningar.

### 3.1.2 Smittutbrott

Ett smittutbrott innebär att två eller fler patienter inom samma enhet drabbats av samma smitta, exempelvis magsjuka, RS-virus eller Covid -19. Under 2023 har sammanlagt nio smittutbrott registrerats. Ett gällde magsjukesmittutbrott på särskilt boende och resterande gällde Covid-19 där fem utbrott ägt rum på särskilt boende för äldre, två på särskilt boende enligt LSS, och ett inom ordinärt boende. Av de sammanlagt åtta Covid-utbrotten har fem inneburit endast två smittade patienter på samma enhet medan de övriga tre resulterat i mellan fem till tio smittade, i vissa fall fördelat på två avdelningar på samma boende.

I svar från verksamheterna framgår att det arbetats aktivt med åtgärder för att förhindra smittspridning. Det kan trots detta konstateras att när luftvägssmittor som Covid -19 eller influensa väl konstateras i en verksamhet har ofta flera patienter redan smittats. Det framgår också att de flesta utbrotten (fem) ligger under en och samma period på hösten då också smittan generellt i länet ökat kraftigt, både inom hälso- och sjukvården och i samhället i stort. Som jämförelse rapporterades 16 smittutbrott under samma period 2022. Antalet smittade varierade då mellan 3 – 22 patienter fördelade på en eller flera avdelningen inom samma boende. Rapporteringsmetodiken har förändrats under andra halvan av 2023 vilket kan innebära att det finns en viss underrapportering men även med det i beräkningen syns en signifikant minskning.

Slutsatsen blir att det smittförebyggande arbetet med kontinuerlig genomgång av basala hygien- och klädregler, riskbedömningar gällande smittspridning och påbyggnad av kunskap för hygienombud, chefer och sjuksköterska behöver fortsätta. Det finns en utbildningsplan för hur arbetet ska fortgå under 2024 med stöd av vårdhygien på RVN i samverkan med MAS.

### 3.2 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.



#### 3.2.1 HALT

Svenska HALT (Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende för äldre. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella Strama och utförs som en stickprovskontroll på en given dag.

I 2023 års mätning har samtliga enheter för särskilt boende utom en registrerat ett resultat. Av de 192 registrerade patienterna var 117 kvinnor och 75 män. Resultatet visade att den vårdtyngdsindikator som är vanligast förekommande (75 %) var att patienten är desorienterad till tid och rum. Därefter kom inkontinens (drygt 60 %) och sist sängliggande/rullstolsburen (drygt 35 %). Riket i stort hade lägre andel desorienterade och högre andel inkontinens och rörelseinskränkning i jämförelse.

Det finns ett antal identifierade riskfaktorer för att drabbas av vårdrelaterad infektion. Urinkateter är den vanligaste riskfaktorn både för Kramfors och för riket men prevalensen i Kramfors var högre än för riket (ca 17 % jämfört med 11%). Det var vanligare att män hade urinkateter, 24 % av männen och 13 % av kvinnorna. Andelen patienter med urinkateter har ökat sedan 2018 års mätning då siffran var 14 % för särskilt boende i Kramfors kommun.

Den vanligaste infektionstypen var urinvägsinfektion, 75 % av de infektioner som registrerades vid tillfället för mätningen. Därefter stod hudinfektioner för 25%. I riket var hudinfektion vanligast (35 %) följt luftvägsinfektion (30 %) och urinvägsinfektion (strax under 30 %).

Sammantaget kan konstateras att Kramfors kommun hade en högre andel urinkatetrar än riket trots en lägre andel patienter med inkontinens. Kramfors kommun hade också mycket högre andel urinvägsinfektioner vilket med stor sannolikhet kan sättas i relation till det höga antalet katetrar. Andelen patienter med pågående infektion vid mätningen är dock så låg (1 %) att det inte kan dras några fullständiga slutsatser. Det som kan konstateras är att utredning av blåsdysfunktion (inkontinens) utförs i alldeles för låg utsträckning inom kommunens verksamheter och det är rimligt att anta att antalet urinkatetrar skulle minska om utredningar utfördes enligt rutin.

#### **Förväntat resultat:**

- Att antalet katetrar inom särskilt boende ska minska



### 3.2.2 Läkarmedverkan

Genom avtal och lokala överenskommelser mellan RVN och länets kommuner har omfattningen av läkarmedverkan reglerats. Det har identifierats ett behov att se över dessa länsövergripande avtal vilket påbörjats på länsledningsnivå under 2023.

I de svar som inkommit från verksamheten framkommer att det för särskilt boende fungerat bra i läkartillgänglighet och kommunikation med två av kommunens tre hälsocentraler men sämre med den tredje. Det beror främst på att de på två hälsocentralen funnits en stadigvarande läkarkontakt medan på den tredje varit ett stor utbyte på och ibland avsaknad av läkare. För hemsjukvården har sjuksköterska inte deltagit i besvarandet av frågan varpå enhetschef har svårt att ta ställning till hur det fungerat. Inom funktionsstöd framkommer att det fungerat bättre eller sämre beroende på vilken hälsocentral patienten tillhör. Samtliga verksamheter svarar att fysiskt hembesök inte utförs i den omfattning som motsvarar behovet. Resultatet vad gäller hemsjukvård och funktionsstöd visar också att fördjupade läkemedelsgenomgångar inte genomförs i tillräcklig omfattning.

Sammantaget kan konstateras att möjligheten till läkarkontakt ser olika ut vilket med stor sannolikhet kan innebära att vården blir ojämlig. Problemet med att rekrytera läkare får konsekvenser för patienten i den kommunala hälso- och sjukvården. Det pågår en aktiv samverkan med regionens primärvård för att effektivisera och underlätta kontakt mellan sjuksköterska, patient och läkare genom exempelvis digitala hjälpmedel.

#### **Förväntat resultat:**

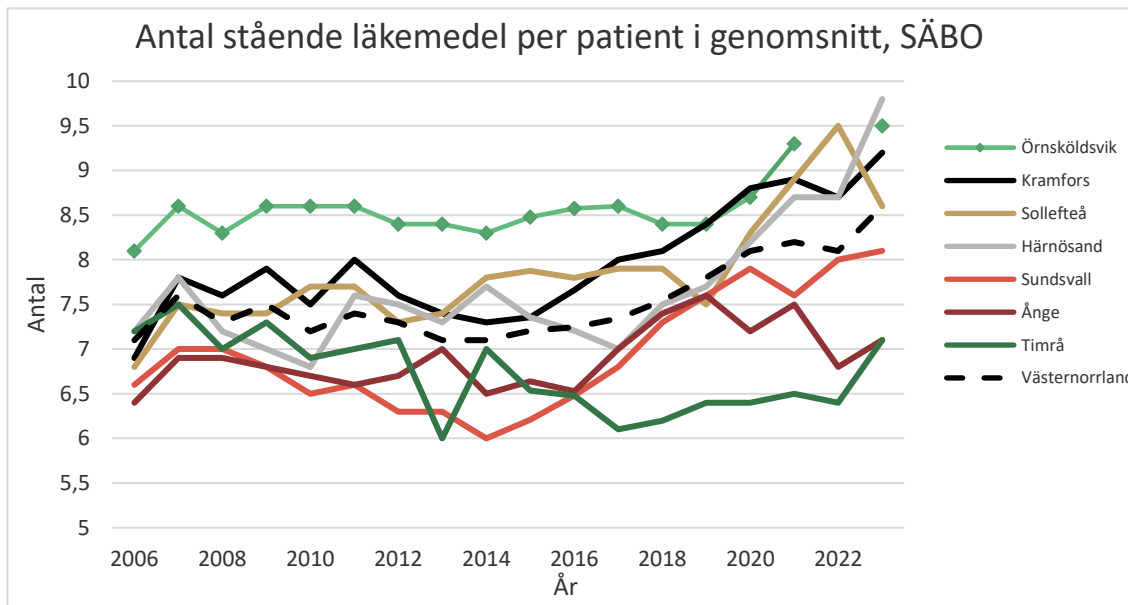
- Säkerställa att patienter inom kommunal hälso- och sjukvård får den läkarmedverkan som krävs.

### 3.2.3 Olämpliga läkemedel hos äldre

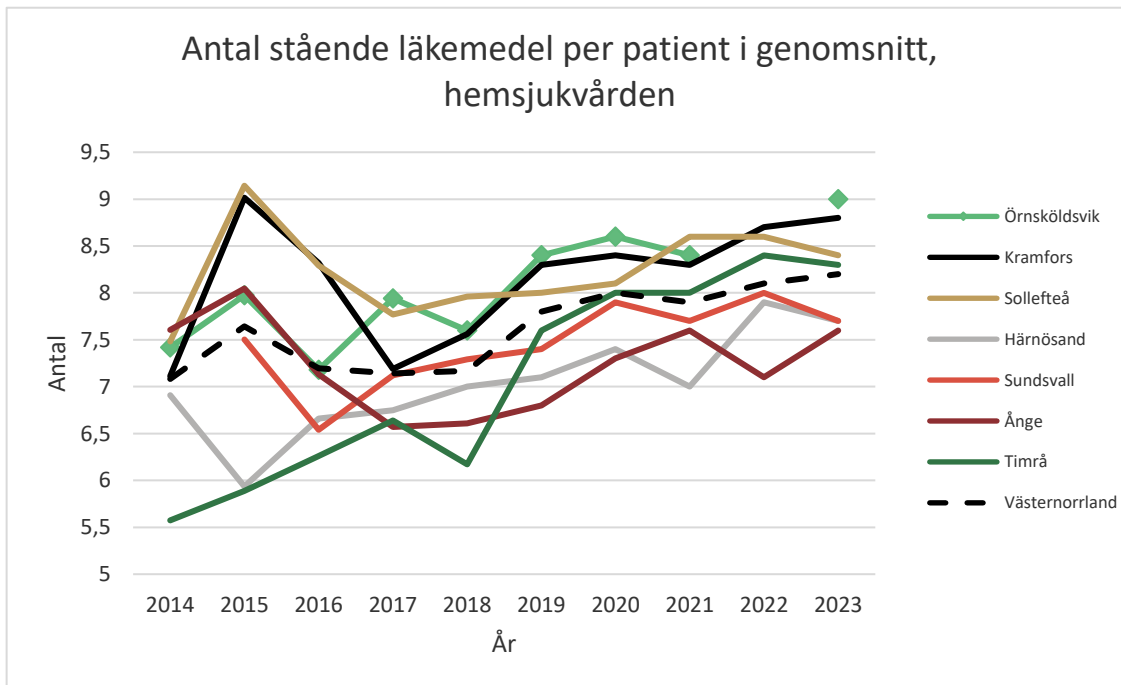
Äldre personer är i allt högre utsträckning multisjuka och har därmed ofta läkemedel för ett flertal sjukdomar. Vissa läkemedel och läkemedelskombinationer kan ur flera aspekter vara olämpliga för den äldre och det är därför av största betydelse att uppmärksamma och utvärdera den enskildes läkemedelsbehandling. Utvärdering av behandlingen ska utgå från ett helhetsperspektiv och detta sker först och främst genom årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar. Patienter ska inte behöva ta ett läkemedel om det finns andra åtgärder att vidta exempelvis omvårdnadsåtgärder istället för laxermedel och lugnande läkemedel. För att följa hur primärvårdens läkare och kommunala sjuksköterskor arbetar följsamt till rekommendationerna utförs årligen en mätning, NU-lägesbeskrivningen, i slutet av september. Målet med mätningen är att följa utvecklingen av läkemedelsanvändning inom länet och utgöra underlag för fortsatta arbete.

### Stående läkemedel

2023 års resultat visade att trenden att antalet stående läkemedel per patient fortsatt att öka, liksom i hela länet. Kramfors kommun ligger fortsatt bland de högsta i länet för genomsnitt av antal läkemedel per patient.



Källa: NU-lägesbeskrivning 2023

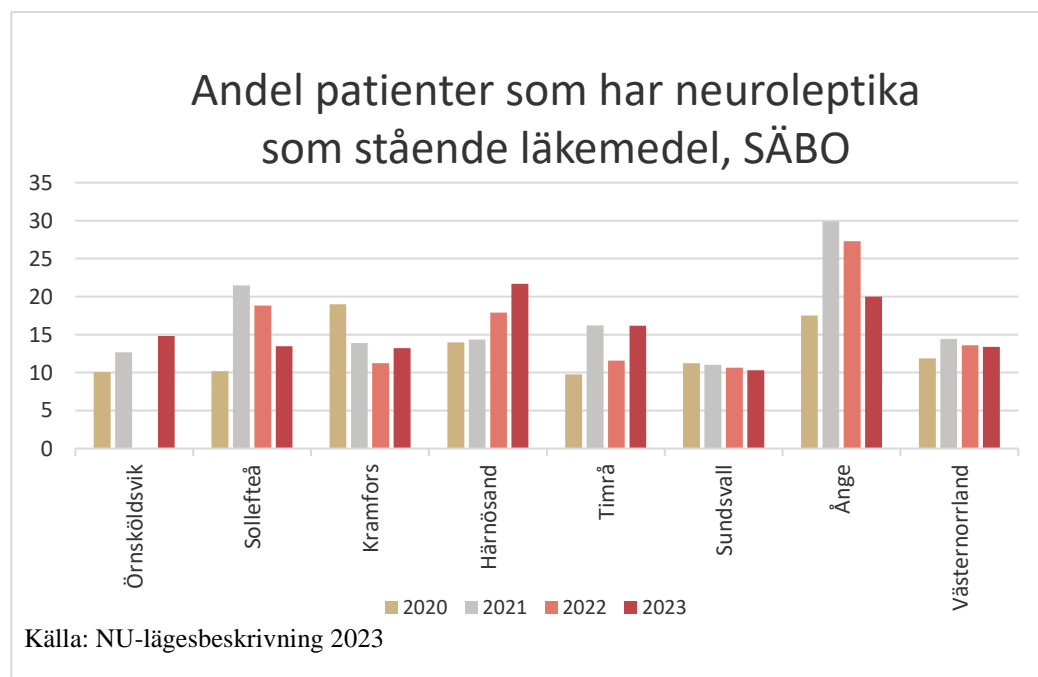
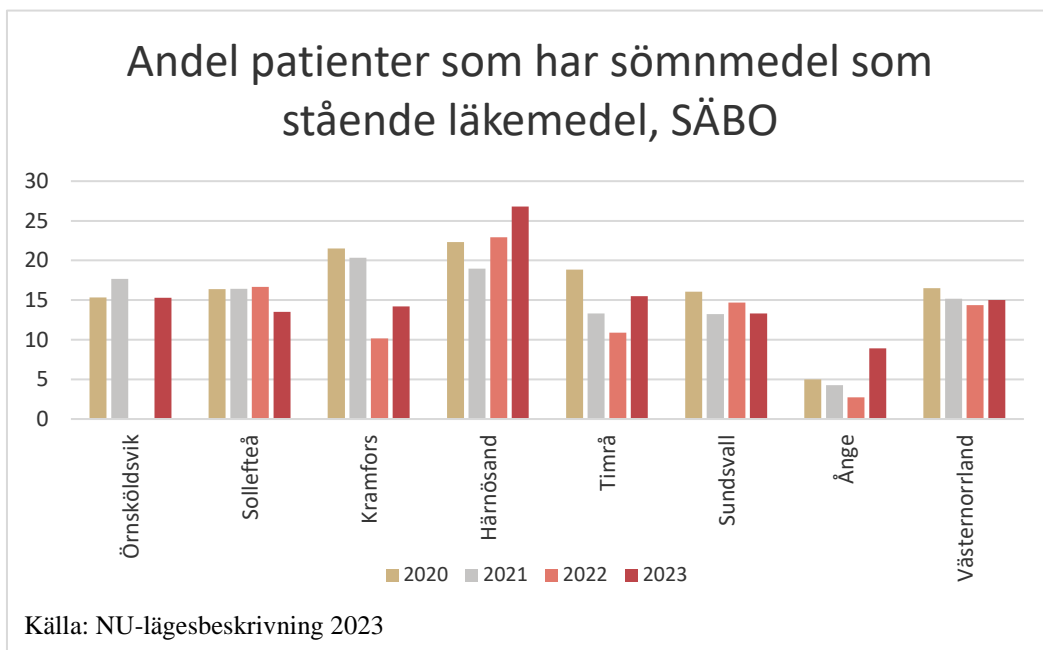


Källa: NU-lägesbeskrivning 2023

Antal stående läkemedel i snitt	Kvinnor	Män
SÄBO	9,29 st	8,91 st
Hemsjukvård	8,48 st	7,64 st

Kvinnor har i snitt fler stående läkemedel än män både på särskilt boende och inom hemsjukvården. Sannolikt kan detta till viss del förklaras av att kvinnorna är en större grupp i antal och dessutom har en högre medelålder. På särskilt boende var människens medelålder 84 år medan kvinnors medelålder var 87 år. I hemsjukvården var människens medelålder 74 år medan kvinnors medelålder var 78 år.

### Olämpliga läkemedel

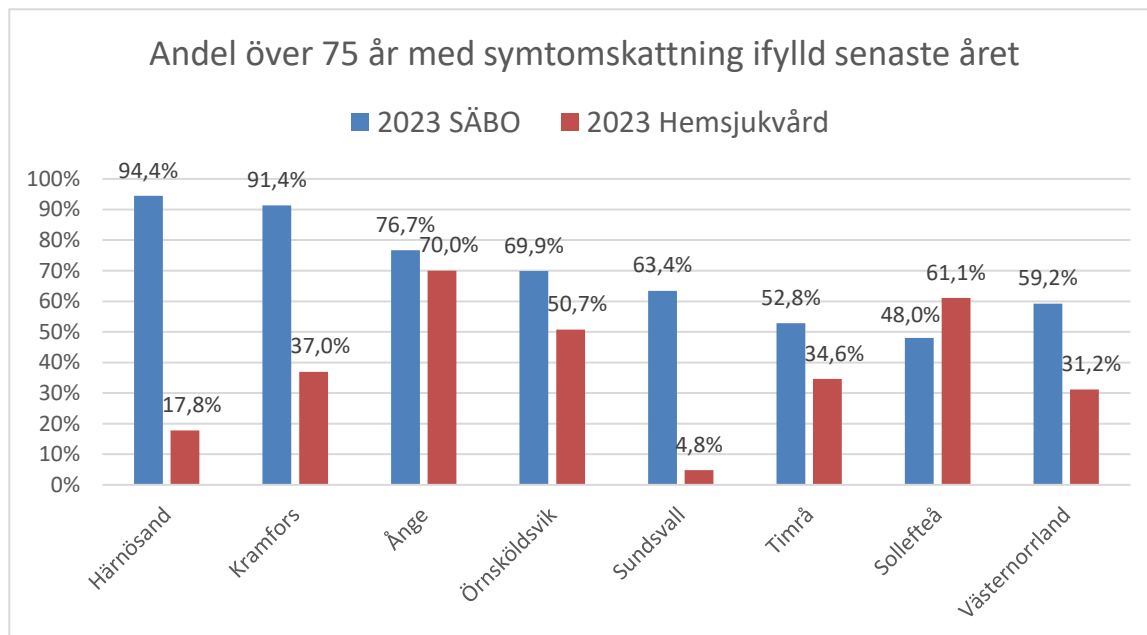


Vad gäller olämpliga läkemedel hade 14,2 % av alla patienter över 75 år på SÄBO i Kramfors kommun stående sömnläkemedel jämfört med 15 % i länet. I Kramfors kommun hade 13 % av alla män stående sömnläkemedel och 16 % av alla kvinnor. För neuroleptika hade i stället en större andel män (16 % av männen) stående ordination gentemot kvinnor (11 % av kvinnorna).

Studier har visat att sömnproblem är mer vanligt förekommande hos kvinnor än hos män i de högre åldrarna och resultatet i Kramfors tyder också på detta. Att fler män har neuroleptika (orosdämpande läkemedel) kan möjligt bero på att kraftig oro och agitation kan upplevas som svårare för personal att hantera hos män än hos kvinnor.

Överlag kan det ses en nedåtgående trend i antal olämpliga läkemedel de senaste åren. Under år 2022 syntes en kraftig minskning av andelen olämpliga läkemedel, exempelvis sömnläkemedel. I dialog med den regionala primärvården framkom att det varit ett särskilt fokusområde för läkarna på hälsocentralerna under 2022 att minska dessa läkemedel. Under 2023 syns en ökning i antal, dock på en nivå som ligger betydligt lägre än tidigare års resultat. I dialog med regionen som planeras under början av 2024 får detta resultat analyseras och eventuella åtgärder planeras i samverkan med regionen.

### Symtomskattning inför läkemedelsgenomgång



Källa: NU-lägesbeskrivning 2023

Att symtomskattningar inför fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs är en förutsättning för att aktivt arbete med att minska antalet olämpliga läkemedel. I 2023 års mätning har andelen personer på särskilt boende som

fått årlig symtomskattning ökat från ca 62 % till 91 %. I hemsjukvården ligger siffran relativt oförändrad på strax under 40 %. Av det totala antalet patienter som fått årlig symtomskattning var 60 % kvinnor och 40 % män. Det stämmer överens med fördelning kvinnor och män inom särskilt boende och hemsjukvård. Däremot skiljer det sig kraftigt mellan olika områden i hemsjukvården, där andelen som fått symtomskattning varierar mellan 0 % i ett område till 100 % i ett annat vilket innebär en ojämlig vård för Kramforsbon.

### **Slutsats**

De slutsatser som kan dras av 2023 års NU-lägesbeskrivning är att antalet läkemedel hos den äldre individen fortsätter att öka. Det ställer än högre krav på att arbeta med omvårdnadsåtgärder för att minska antalet läkemedel och därmed minska riskerna det innebär att behandlas med många olika läkemedel. Arbetet med omvårdnadsåtgärder kopplat mot oro behöver fortsätta samt medvetandegöra och förtydliga omvårdnadsåtgärd som förstahandsalternativ vad gäller problem att få sköta magen.

Kramfors kommun kan inte arbeta ensamma i riktningen mot att minska antalet läkemedel men att synliggöra och analysera resultatet tillsammans i sjuksköterskegruppen är en förutsättning för att omvårdnadsåtgärder sätts in i första skedet och att sjuksköterska i dialog med läkare medvetandegör problematiken med dessa olämpliga läkemedel. Ett aktivt arbete med symtomskattningar och läkemedelsgenomgångar krävs för att systematiskt arbeta med uppföljningar av läkemedelsbehandling. Vidare behöver en dialog och analys göras av resultatet tillsammans med regionens primärvård för att tillsammans arbeta för förbättringar inom området.

### ***Förväntat resultat:***

- Att antalet symtomskattningar inför läkemedelsgenomgång för personer på särskilt boende och i ordinärt boende ska öka

### **3.2.4 Extern granskning av läkemedelshantering**

Extern granskning av läkemedelshantering för 2022 visade på brister gällande att lokala rutiner saknades eller behövde förtydligas, brister i kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel samt dålig följsamhet till rutiner för funktionskontroll och datumkontroll i akutläkemedelsförrådet. Under 2023 togs en mall för lokal rutin fram för att förtydliga och likrikta de lokala rutinerna på enheterna. Alla enheter har nu en giltig lokal rutin för läkemedelshantering. Tjänsteföreskriften för läkemedelshantering reviderades för att tydliggöra ansvaret för lokal rutin, funktionskontroller och kontrollräkning samt kassering av narkotikaklassade läkemedel. Ny granskning planeras under början av 2024.

### **3.2.5 Narkotikasvinn**

Under 2023 har en händelse anmälts till MAS där läkemedel av narkotikaklass försvunnit från ett särskilt boende. Händelsen resulterade inte i att

behandling för patienten uteblev och har därmed inte inneburit några medicinska konsekvenser för patienten men har polisanmälts som en stöld. De åtgärder som vidtogs var tätare kontrollräkning av narkotika, minskad mängd läkemedel som låstes ut till patientens skåp av sjuksköterska samt återkallad delegering. Några ytterligare svinn har inte uppkommit efter vidtagna åtgärder.

### 3.2.6 Digital signering

Under 2023 har införandet av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter påbörjats. Förändringen ses ur ett patientsäkerhetsperspektiv som en vinning då enbart medarbetare med en gällande delegering kan signera uppgiften som utförd. Förändringen medför en teknisk barriär som hindrar signering av icke behörig medarbetare.

Förhoppningen är också att införandet av digital signering ska minska antalet läkemedelsavvikelser då medarbetaren får en avisering om den delegerade uppgiften inte utförts inom tidsramen. Det innebär att ett missat läkemedel kan upptäckas tidigare och därför inte behöver resultera i att patienten blir utan sitt läkemedel.

### 3.2.7 Tandvårdsstöd

Då personer med stora omvårdnadsbehov ofta har svårt att själva sköta sin munhälsa eller uppsöka tandvård erbjuder RVN i samarbete med Folktandvården och kommunen uppsökande verksamhet genom att erbjuda en årlig, kostnadsfri munhälsobedömning av tandvårdspersonal samt nödvändig tandvård. De som omfattas är; personer som får hälso- och sjukvård i hemmet, insatser enligt LSS samt de som bor i egen bostad och har mycket stora behov av vård och omsorg.

Av den statistik som Folktandvården rapporterat till Kramfors kommun framgår att av de 359 personer som har intyg om nödvändig tandvård har 271 personer erbjudits munhälsobedömning. Av de har 242 tackat ja och 29 tackat nej till bedömningen. Det innebär att 88 personer med intyg om nödvändig tandvård inte erbjudits munhälsobedömning. Det går också att argumentera för att betydligt fler inom kommunens verksamhet har rätt till intyg om nödvändig tandvård och att det därför är fler än de 88 personerna som inte fått det erbjudande de har rätt till.

Redovisningen av antalet erbjudna munhälsobedömningar visar på att *Rutinen för munhälsobedömning och utfärdande av intyg för nödvändig tandvård* inte följs fullt ut.

#### **Förväntat resultat:**

- Att patienter inom kommunal hälso- och sjukvård får erbjudande om munhälsobedömning enligt gällande rutin

### 3.2.8 Smittförebyggande arbete

Som ett led i det smittförebyggande arbetet har beslutats att varje enhet ska utse ett hygienombud. Uppdraget som hygienombud innefattar bland annat att handleda och utbilda kollegor i hygienfrågor samt vara ett stöd till enhetschef och sjuksköterska i enhetens smittförebyggande arbete. Under 2023 har arbetet med att utbilda och stötta hygienombuden i verksamheterna fortsatt.

En av frågorna som arbetats med under året är vilka egenkontroller som ska utföras och hur resultatet kan användas för att förbättra verksamheterna. Ett stort fokus har varit att bygga på hygienombudens kunskap i Vårdhygienisk egenkontroll för att kunna vara ett stöd till enhetschef i att genomföra kontrollen och arbeta med handlingsplaner utifrån de brister som uppmärksammas. Ett årshjul har tagits fram för vårdhygienarbetet i syfte att likrikta arbetet på alla enheter. Förutom det har uppdragsbeskrivningen för hygienombud setts över av en arbetsgrupp med representanter från verksamheterna.

I svar från verksamheterna ses tydligare än föregående år att enheterna har ett aktivt arbete med vårdhygien, har identifierat sina egna brister och en plan för kontinuerligt förbättringsarbete. Slutsatsen är att strukturen med återkommande träffar och kompetenspåbyggnad för hygienombud har bidragit till att vårdhygienfrågorna fått ett större fokus. Det kan också argumenteras för att detta gett effekter i det smittförebyggande arbetet då antalet smittoutbrott minskat signifikant (5 utbrott sista halvåret 2023 jämfört med 16 utbrott sista halvåret 2022). Det förväntade resultatet för 2023 var att vårdhygienisk egenkontroll skulle utföras en gång under året. Samtliga verksamheter har svarat att kontrollen utförts.

### 3.2.9 Riktade satsningar på rehabilitering och habilitering

**Möjliggöra egen aktivitetsförmåga (MEA):** Inom äldreomsorgens myndighetsutövning tillfördes under perioden 2021 - 2023 professionen arbetsterapeut för att undersöka om behovet av hemtjänst kan tillgodoses genom arbetsterapeutiska insatser. Utvärderingen visade på att självständigheten ökade hos invånarna med ett minskat behov av hemtjänst som följd. Utifrån resultatet fattades beslut om att fastställa arbetssättet.

**Intensiv hemrehabilitering (IHR):** Under 2023 påbörjades projektet IHR där intensiv rehabilitering i hemmet ska erbjudas av arbetsterapeut och fysioterapeut. Projektet syftar till att undersöka om insatsen kan öka självständigheten hos deltagarna och minska behovet av stöd från hemtjänst.

**Fallprevention:** I samma projekt undersöks också möjligheten att utveckla fallförebyggande insatser till personer som ansöker om trygghetslarm.

**Everyday Life Rehabilitation (ELR):** Under 2023 har ett forskningsprojekt tillsammans med Umeå Universitet startas i samverkan mellan funktionsstöd och hälso- och sjukvården. Metoden ELR handlar om att berika vardagen för personer med intellektuell funktionsnedsättning som bor på gruppbostad.

Deltagarna får med stöd av en arbetsterapeut välja ut och genomföra aktiviteter som påverkar vardagslivet och hälsan i en positiv riktning. Projektet utvärderas under 2024.

### 3.2.10 God och Nära vård

Under året har riktade satsningar genomförts mot äldre/personer med komplexa behov, barn och unga, personer med funktionsnedsättning och invånare i övrigt i kommunen. Nedan följer ett antal områden där aktiviteter, piloter och breddinförande av arbetssätt skett under året:

- Digitala vårdbesök och monitorering
- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser
- Patient- och medborgardialoger
- Rehabiliterande och habiliterade arbetssätt
- Samverkan kring specifika målgrupper
- Utskrivningsprocessen och samverkan med andra vårdgivare
- Användande av digital teknik och e-tjänster
- Insatser för att ge goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Genomförandet har skett i samverkan med regional primärvård, regional specialistvård, ambulansvården, skolverksamhet, elevhälsan, och med andra förvaltningar internt inom kommunen. En sammanställning av arbetet kring God och nära vård återfinns i årsrapporten.

## 3.3 Säker vård här och nu

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



### 3.3.1 In- och utskrivning i slutenvård

Kramfors kommun har tillsammans med Sollefteå kommun samt slutenvård och primärvård inom RVN kartlagt in- och utskrivningsprocessen i slutenvården. Kartläggningen har genomförts tillsammans med medarbetare från alla vårdgivare samt socialtjänst. Brister har identifierats i samtliga delar i processen och arbetet har resulterat i en handlingsplan för identifierade områden att arbeta vidare med under 2024.

### 3.3.2 Egenvård

Under 2023 presenterades nya riktlinjer för egenvård i länet och en utbildningsinsats påbörjades inom regionens verksamheter. Ett flertal komplexa egenvårdsärenden har hanterats under året där dialoger mellan kommun och region förts på ledningsnivå. Utifrån de ärenden som hanterats kan konstateras att egenvårdsfrågan är komplex och kräver god samverkan



samt att det finns fortsatta behov av kompetenspåbyggnad inom både kommun och region. Kramfors kommun behöver också arbeta vidare med hur inkomna egenvårdsärenden ska hanteras internt i samverkan mellan myndighet, verkställighet och sakkunnig inom hälso- och sjukvård för att patientsäkerhet ska säkerställas. Under 2024 kommer MAS och MAR att lyfta frågan vidare inom länets nätverk med syfte att samverka och arbeta lika i länets kommuner.

### 3.3.3 Medicintekniska produkter

#### **Grundutrustning på särskilt boende och gruppboende**

Inom särskilt boende och gruppboende har behörig tekniker genomfört årlig besiktning och service av grundutrustning i form av personlyftar, taklyfts-system/traverser och taklyftmotorer i enlighet vad lagstiftningen föreskriver. Under året har ett 20-tal personlyftar uttrangerats och ersatts genom nyinköp.

#### **Leveransproblem av hjälpmedel**

Behovet av hjälpmedel tillgodoses genom avtal med Hjälpmedel Västernorrland. Under året har det förekommit leveransproblem på vissa hjälpmedel, exempelvis vårdarmanövrerade sängar och vissa typer av rullstolar. Konsekvenserna för patienterna har blivit längre väntetider och provisoriska lösningar i väntan på rätt hjälpmedel.

#### **Leveransproblem/brist på läkemedel**

Under 2023 har inga stora störningar förekommit i produktion eller leverans av läkemedel. Inga situationer där patient riskerat att bli utan läkemedel har rapporterats från verksamheten eller från Läkemedelsenheten på RVN.

### 3.3.4 Riskhantering

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

Vårdgivaren ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

**Risikanalyser:** Att genomföra risikanalyser är ett proaktivt arbete som syftar till att identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder innan något inträffar. Verksamheterna ska därför inför förändringar eller vid perioder som kan innebära en risk genomföra risikanalyser utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Under året har sex risikanalyser genomförts vilket är en dubbling mot föregående år. Riskanalyserna har behandlat följande områden;

- Inför sommarperioden för legitimerad personal.
- Vid införandet av ny teknik i form av exempelvis läkemedelsautomater och digital teknik.

- Inför uppstart av nya arbetssätt som exempelvis dubbelbemanningar inom hemtjänsten och intensiv hemrehabilitering.

Andelen riskanalyser har ökat men har en tydlig koppling till förändringsarbeten som bedrivits med stöd av avdelningen för kvalitét och verksamhetsutveckling där riskanalyser inför förändring är ett etablerat arbetssätt. För att det riskförebyggande arbetet ska leda till någon reell förbättring måste även verksamheterna själva ha en systematik i att genomföra riskanalys inför förändring eller implementering.

**Avvikelsehantering:** Genom att fortlöpande rapportera oönskade händelser som avvikelser som sedan utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp kan verksamheten dra lärdom av det inträffade. Förebyggande åtgärder kan vidtas för att förhindra eller minimera risken att liknande händelser sker igen samt som ett underlag för att utveckla verksamheten. Utifrån konsekvens för patienten och sannolikhet för återupprepning hanteras avvikelser antingen i det systematiska kvalitetsarbetet på enheten som enhetschefen leder eller överlämnas till MAR och/eller MAS för utredning av risk för eller vid allvarlig vårdskada. Analys av statistik visar på ett förbättringsområde i hanteringen av rapporterade avvikelser. Utöver händelser som redan inträffat finns också möjligheten för medarbetare att rapportera en risk att något kan uppstå vilket också ger möjligheten att agera proaktivt.

**Idéer, synpunkter och klagomål:** Patienter, närstående och invånares idéer, synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården är en värdefull information för att identifiera risker, brister eller utvecklingsområden. Det låga antalet registreringar av klagomål (4) tyder snarare på en underrapportering än att det inte finns risker eller brister. Med stor sannolikhet hanteras patienter och närståendes synpunkter och klagomål direkt i det dagliga arbetet av hälso- och sjukvårdspersonal. Att registrering inte sker innebär svårigheter att analysera på aggregerad nivå.

Den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet har också identifierat utvecklingsområden inom området riskhantering. Bland annat gällande avvikelserapportering, systematiskt förbättringsarbete, analys och lärande samt hantering av synpunkter och klagomål från närstående. Arbetet med att stärka området under 2024 förväntas leda till en stärkt patientsäkerhet.

### 3.3.5 Delegeringar

Egenkontroll av delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder visade att uppföljningar av delegeringar inte sker enligt gällande rutin/föreskrift. Av de granskade delegeringarna var 12 % ogiltiga till följd av att den legitimerade som utfärdat delegeringen avslutat sin anställning (jämfört med 50 % 2022). Av dessa delegeringar gällde samtliga åtgärder som endast skulle utföras under en begränsad period, exempelvis blodförtunnande injektioner efter operation, och kopplat till en enskild patient varför det är rimligt att tro att delegeringarna i praktiken inte längre fyllde någon funktion. Bifyndet var att

denna typ av delegeringar bör sättas som giltiga för den period som behandlingen ska utföras, inte på ett år som övriga delegeringar.

Under 2023 har rutinen för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter omarbetats och arbetssättet för delegeringsutbildning strukturerats om. Ett gemensamt material togs fram för utbildning och rutindokument förtydligades. Inga allvarliga händelser gällande delegerade arbetsuppgifter har inkommit till MAS/MAR under året. Totalt i samtliga verksamheter har fyra delegeringsbeslut återkallats. Det tyder på att det, även om inte uppföljningar av delegeringsbeslut dokumenteras i systemet, finns en ordning för att följa hur delegerade arbetsuppgifter genomförs.

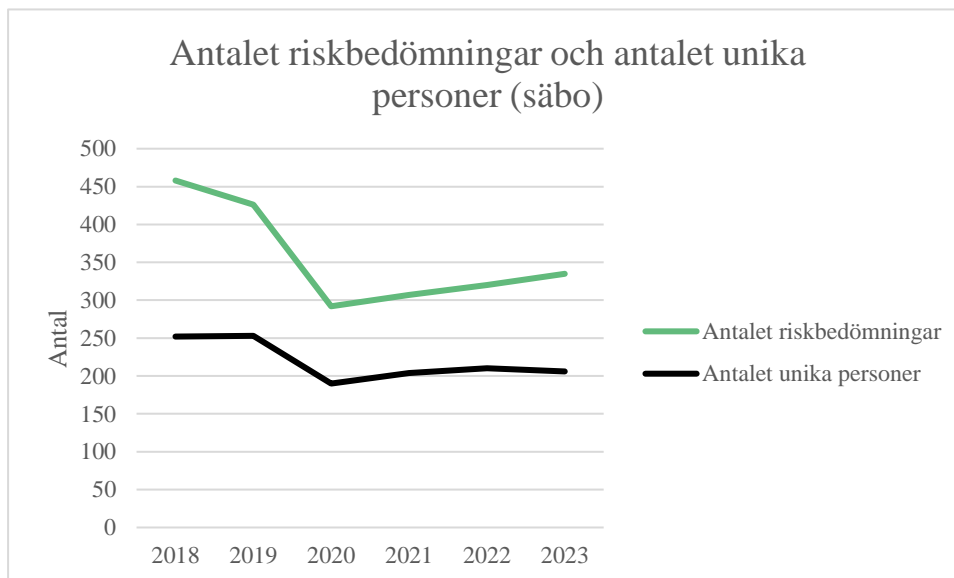
### 3.3.6 Kvalitetsregistret Senior Alert

Senior Alert stödjer vårdprevention för personer 65 år och äldre som riskerar att falla, få trycksår, ofrivillig viktnedgång, risk att utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion (inkontinens). Resultat kan inte presenteras utifrån kön då den funktionen inte är tillgänglig i registret.

Det förväntade resultatet för 2023 var att säkerställa att riskbedömningar enligt Senior Alert sker inom samtliga verksamhetsområden där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs.

#### Särskilt boende för äldre

Inom särskilt boende för äldre har antalet riskbedömningar ökat årligen sedan 2020 men inte uppnått samma nivå som innan pandemin.



Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 240105.

Arbetet med riskbedömningar skiljer sig åt mellan olika enheter/avdelningar på de fem särskilda boenden som finns i kommunen. Systematiska riskbedömningar sker vid 11 av totalt 15 enheter/avdelningar. Vid de övriga fyra enheterna sker riskbedömningar inte alls eller i mycket låg omfattning vilket riskerar att vården blir ojämlig för patienterna. Analyser från verksamheten visar på att bakomliggande orsaker är hög arbetsbelastning,

brister i introduktion till nya sjuksköterskor och brister i teamsamverkan. Inom hälso- och sjukvården har introduktionen för nyanställda sjuksköterskor tydliggjorts gällande riskbedömningar enligt Senior Alert.

Trots att Kramfors kommun inom särskilt boende minskat andelen utredningar av bakomliggande orsaker från 99 % till 88 % utmärker sig Kramfors och ligger bland de högsta i länet och över riket vad gäller resultatet för utredning av bakomliggande orsaker, upprättade åtgärder och genomföra åtgärder.

**Trycksår:** Antalet personer på särskilt boende som har ett trycksår har ökat från 11 personer med totalt 14 trycksår till 14 personers som har totalt 24 trycksår. Majoriteten av trycksåren har uppkommit på annan plats än på boendet. Vidtagna åtgärder för att minska risken för trycksår är; daglig bedömning av huden, minska nattfastan och användning av tryckavlastande madrasser vilket svarar väl emot bakomliggande orsaker.

**Risk för undernäring:** Antalet patienter inom särskilt boende som har en risk för undernäring ligger i samma nivå som flera år tillbaka (77 stycken, 2023). Bakomliggande orsak är sjukdom, mer än 11 timmars nattfasta och avvikande ätbeteende. Vanligaste åtgärderna är viktkontroll, läkemedelsgenomgång samt åtgärder för att minska nattfastan.

**Ohälsa i munnen:** Totalt 59 personer på särskilt boende har risk för eller har ohälsa i munnen vilket är i nivå som föregående år. De 13 personer som skattats ha ohälsa i munnen (grad 3) har samtliga erbjudits kontakt med tandvården enligt gällande rutin. Bakomliggande orsaker är nedsatt förmåga att förstå, nedsatt funktion i hand/arm eller i mun/ansiktsmuskulatur. Vidtagna åtgärder svarar väl mot bakomliggande orsaker: hjälp med tandborstning, information och rengöring/fuktning av munslemhinnor.

**Fall:** Antalet fallavvikelser har ökat inom särskilt boende sedan föregående år med cirka 22 %. Bakomliggande orsaker är sjukdom, läkemedel, nedsatt balans och rörelsemönster samt förvirring/desorientering/oro/upprördhet. De vanligaste åtgärderna som genomförs är läkemedelsgenomgång, larm och assistans vid personlig vård. Funktionshöjande insatser återfinns först på plats 10 och 11 trots att nedsatt balans och rörelsemönster är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till risk för fall. Detta skulle kunna bero på att arbetsterapeut och fysioterapeut deltar i liten omfattning i det systematiska fallförebyggande arbetet inom särskilt boende.

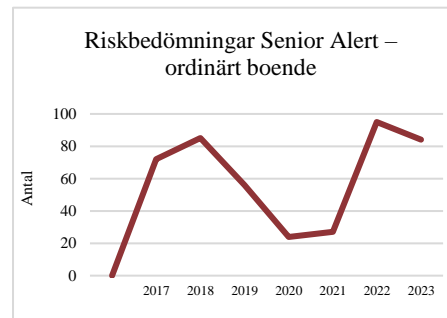
**Blåsdysfunktion (inkontinens):** Årlig basal inkontinensutredning syftar till ställningstagande till vård och behandling samt förskrivning av inkontinensskydd. Resultatet gällande antalet inkontinensutredningar på särskilt boende har varit lågt under flera år, dock bör tilläggas att utredning kan ha genomförts utan registrering i kvalitetsregistret.

	2019	2020	2021	2022	2023
Antal basala inkontinensutredningar på särskilt boende för äldre	44	6	0	9	1

Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 240105.

### Ordinärt boende

Antalet riskbedömningar inom ordinärt boende har minskat från 95 stycken (2022) till 84 stycken (2023). Resultatet visar på att registreringar sker i sex av sju geografiska områden men i varierande omfattning. Dock framkommer det från verksamheternas egna analyser, liksom

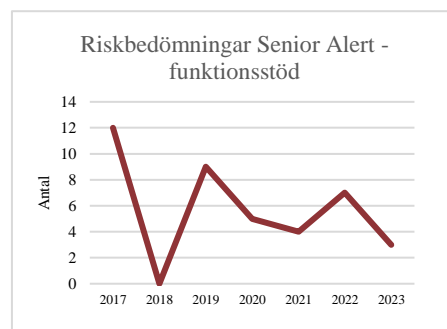


föregående år, att legitimerad personal inte deltar i arbetet i tillräcklig omfattning och att arbetet inte sker i teamsamverkan. För att arbetet ska ge förväntad effekt krävs teamsamverkan med deltagande av legitimerad personal, framför allt av sjuksköterskan.

Antalet fall har inom ordinärt boende har ökat i stort sett årligen sedan övertagandet av hemsjukvården. Ett systematiskt arbetssätt med fallriskbedömningar skulle med stor sannolikhet minska antalet fall och därmed antalet fallskador. Implementering av arbetssättet med riskbedömningar enligt Senior Alert kvarstår till stor del i ordinärt boende och är därmed ett utvecklingsområde för 2024.

### Funktionsstöd

Inom område funktionsstöd är antalet riskbedömningar till antalet lågt även under 2023. Även här visar enheternas egna analyser på att legitimerad personal inte medverkar i riskbedömningarna fullt ut samt att arbetet inte sker i teamsamverkan. Implementering av arbetssättet enligt gällande rutin kvarstår även till stor del i område funktionsstöd och är även här ett utvecklingsområde för 2024.



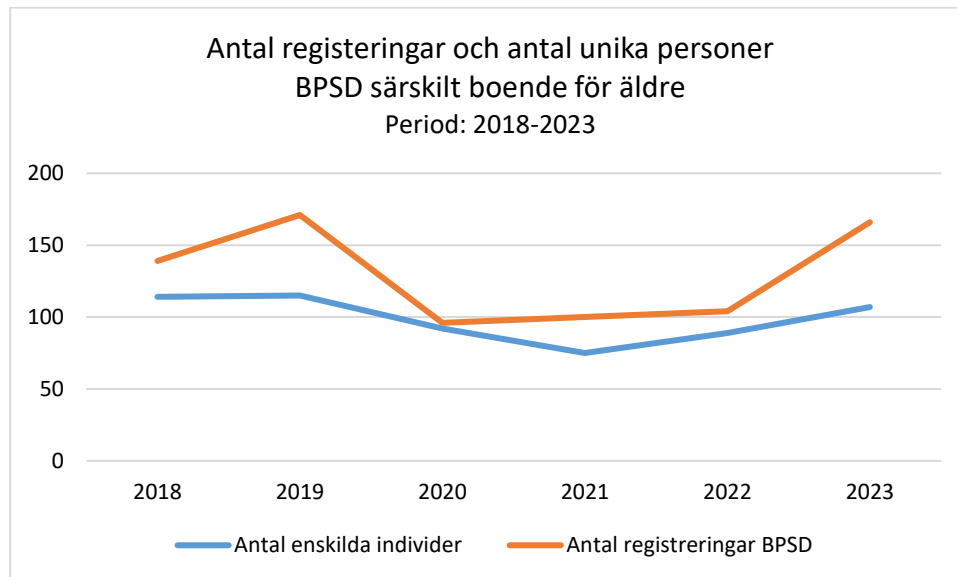
### Förväntat resultat:

- Att säkerställa att riskbedömningar sker enligt rutin för Senior Alert inom samtliga verksamhetsområden där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs.

### 3.3.7 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Kvalitetsregistret syftar till att minska symtom vid demenssjukdom. Arbetet med BPSD bedrivs inom samtliga enheter på särskilt boende men i varierande omfattning. Resultatet för 2023 visar på en ökning av både antalet individer och antalet skattningar. Från 89 unika personer (2022) till 107

personer (2023) som tillsammans erhållit 166 skattningar (104 stycken 2022). Av de symtomskattningar som genomförts är 60 % kvinnor och 40 % män vilket i stort speglar könsfördelningen på särskilt boende.



Källa: Kvalitetsregistret BPSD, 240109.

Arbets sättet med BPSD på särskilt boende bedrivs främst på de enheter som har platser riktade mot personer med demenssjukdom. Statistiken och enheternas egna analyser visar på att de som erhållit symtomskattning och åtgärder har en minskning av beteendemässiga och psykiska symtom. Inom funktionsstöd har ingen skattning genomförts och inom ordinärt boende några få registreringar (2 stycken) vilket visar på att implementering kvarstår i dessa områden. Att arbetet bedrivs i varierande omfattning riskerar att påverka den vård och omsorg den enskilde erhåller utifrån vart hen bor.

Att antalet symtomskattningar ökat bedöms vara relaterat till att BPSD-utbildningar genomförts under året för att skapa nya team och komplettera befintliga. Trots utbildningssatsningar finns fortfarande ett stort behov av utbildning för att kunna bibehålla och implementera arbetssättet vidare. Verksamheternas egna analyser visar också på att arbetsterapeut och fysioterapeut inte alls deltar i arbetet kring BPSD vilket är en brist.

Vid introduktion av nya medarbetare inom hälso- och sjukvården har arbetssättet med BPSD tydliggjorts och är numer en del av den förtydligade och förstärkta rutinen för introduktion för sjuksköterskor.

#### **Förväntat resultat:**

- Att säkerställa att BPSD-skattningar genomförs enligt rutin.

#### **3.3.8 Svenska palliativregistret**

Vid förväntade dödsfall registreras den vård som ges i livets slutskede i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret, bland annat utifrån de kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen fastställt.

Under 2023 uppgick antalet registreringar till 21 stycken vilket är mer än en halvering i jämförelse mot 2022 (55 stycken). Av registreringarna för 2023 gällde 62 % kvinnor och 28 % män. En bakomliggande orsak till det låga antalet registreringar är brister i introduktion till sjuksköterskor samt brister i behörighetshantering.

Resultatet från 2023 visar på att ingen av kvalitetsindikatorernas målvärde uppnåddes under året. Dock har både antalet *dokumenterade munhälsobedömningar* och antalet *brytpunktssamtal* ökat samt att färre personer avlider med *trycksårskategori 2-4* vilket är positivt. Indikatorerna *ordination stark opioid vid smärtgenombrott* och *Ordination injektion ångestdämpande vid behov* ligger nära målvärdet. Underlaget är inte tillräckligt omfattande för att kunna dra större slutsatser.

	Målvärde	Kramfors 2022	Kramfors 2023	Västernorrland 2023	Riket 2023
Dokumenterat brytpunktssamtal	98 %	78 %	82 %	74 %	82 %
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98 %	100 %	96 %	98 %	96 %
Ordination ångestdämpande vid behov	98 %	98 %	95 %	95 %	95 %
Smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	76 %	66 %	54 %	66 %
Dokumenterad munhälsobedömning	90 %	44 %	62 %	51 %	62 %
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	80 %	86 %	88 %	86 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	84 %	83 %	84 %	83 %

Källa: Svenska Palliativregistret, 240105.

Under året har fler sjuksköterskor utbildats för att bli behöriga att kunna förskriva tryckavlastande madrasser vilket kan ha påverkat resultatet gällande färre trycksår. Arbetet med vikten av att registrera i kvalitetsregistret har också lyfts på yrkesträffar för sjuksköterskor. Planen för kommande år är att säkerställa ordningen för behörigheter och introduktion till nya sjuksköterskor kring arbetssättet.

#### **Förväntat resultat:**

- Öka antalet registreringar i kvalitetsregistret Svenska palliativa registret.

#### **3.3.9 Bemanning legitimerad personal**

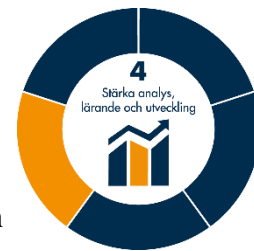
- Under året har en utökning av bemanningen av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska skett på grund av ökade behov. En utökning har även skett av sjuksköterska dagtid på helgdagar.
- En utökning av sjuksköterskebemanning på kvällstid har också genomförts med en extra sjuksköterska 2 kvällar i veckan. Detta utifrån att ett ökat inflöde av ärenden kvällstid har identifierats samt

för att kunna möta upp ärenden som dagtjänstgörande sjuksköterska inte hinner avsluta.

- Bemanningssjuksköterskor har bemannat de tjänster som varit vakanta. Totalt ca 25 % av sjukskötersketjänsterna har bemannats med konsulter. Under 2023 har några konsulter bytts ut på grund av att de inte levererat utifrån det som avtalats med bemanningsföretaget men de flesta har varit långvariga i verksamheten vilket är gynnsamt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Under 2023 har också rutin för introduktion till konsulter setts över för att säkerställa kunskap om kommunens arbetssätt och rutiner.
- Hälso- och sjukvårdsenheten har också förtydligat ansvarsfördelningen vid oplanerad frånvaro hos legitimerad personal vilket förväntas leda till att patienterna alltid har en namngiven sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

### 3.4 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.



#### 3.4.1 Journalgranskning legitimerad personal

En granskning av 10 % av hälso- och sjukvårdsjournalerna genomfördes under våren med fokus på dokumentation av utredning, verifierade diagnoser och uppmärksamhetsinformation.

Granskningen visade på att arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hög omfattning dokumenterade utredningar som bedömdes som bra eller mycket bra. Sjuksköterskors dokumentation var däremot bristfällig där endast ca 40 % av de granskade utredningarna bedömdes som bra eller mycket bra. Vidare kunde slutsatsen dras att information om diagnoser och uppmärksamhetsinformation saknades i många av de granskade journalerna.

Åtgärder som vidtagits är bland annat att säkerställa informationsöverföring av diagnoser och uppmärksamhetsinformation mellan vårdgivarna, förändringar i introduktion av nyanställda, revidering av rutin för utbildning i journalprogrammet samt kompetensutveckling vid arbetsplatsträffar och yrkesträffar. Åtgärder kopplade till de brister som identifierades i granskningen genomfördes under perioden maj till december 2023.

För att följa effekterna av dessa åtgärder gjordes en ytterligare journalgranskning i oktober 2023 vilket visade på att bristerna kvarstod.



Planerade åtgärder för 2024 är individuellt utformat stöd till medarbetare samt samverkan med RVN gällande övertagande av hemsjukvårdspatienter.

**Förväntat resultat:**

- Säkerställa att sjuksköterskas dokumentation av utredning, diagnos och uppmärksamhetsinformation sker enligt gällande lagstiftning och föreskrift.

**3.4.2 Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg**

Den granskning som IVO genomförde under 2022 på särskilda boenden i Sverige återfördes under 2023 till kommunerna. I granskningen av Kramfors kommun påtalade IVO följande brister:

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften.
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- Dokumentation sker inte enligt gällande regelverk.
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

De identifierade bristerna för Kramfors kommun var samma brister som identifierats i landet i stort. En handlingsplan upprättades för åtgärder kopplade till de identifierade bristerna. Åtgärderna handlade bland annat om äldreomsorgslyftet, språkutbildning till omvårdnadspersonal, utbildning i dokumentation till legitimerad personal samt att säkerställa informationsöverföring gällande beslut om behandlingsbegränsningar i livets slutskede mellan hälso- och sjukvårdsjournal och social journal. Handlingsplanen följdes upp i november 2023 där det konstaterades att samtliga åtgärder planerats och/eller påbörjats.

**3.4.3 Hälso- och sjukvårdsavvikelser**

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

Rapportering av händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Men för att kunna undvika återupprepning eller minimera konsekvensen av en händelse behöver också bakomliggande orsaker på systemnivå utredas och analyseras för att effektiva åtgärder ska kunna vidtas. Vidtagna åtgärder behöver också följas upp för att säkerställa att åtgärden givit förväntad effekt. Att analysera avvikelser på aggregerad nivå ger också möjligheten att identifiera brister och risker på systemnivå.

**Avvikelse i vårdkedjan**

Rapportering av oönskade händelser vid vårdens övergångar mellan olika vårdgivare benämns som avvikelser i vårdkedjan och hanteras enligt *Rutin för avvikelshantering*. Totalt har 37 avvikelser i vårdkedjan registrerats under 2023 vilket är något fler än föregående år (33). Av dessa är 28 utgående till RVN och nio inkommande till Kramfors kommun.

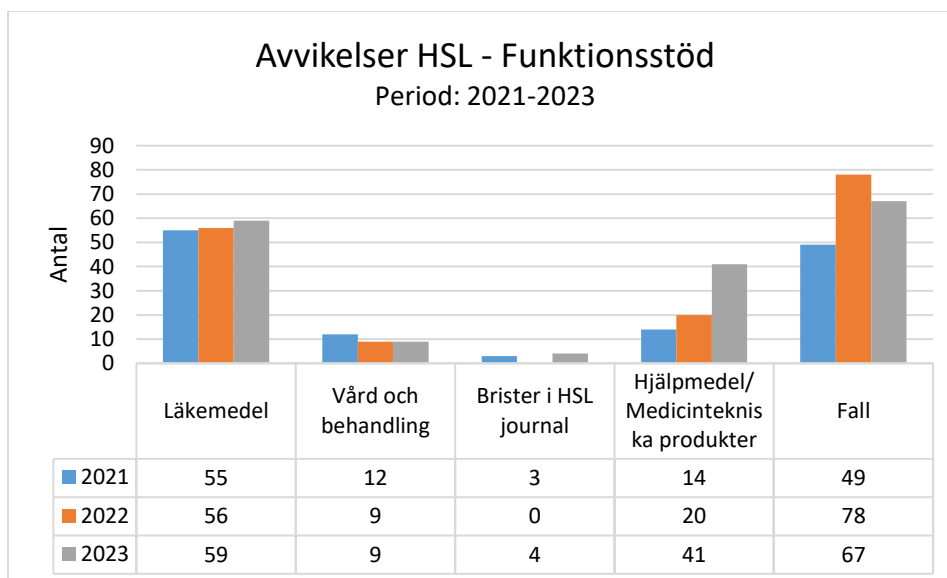
Inkommande avvikelser handlar om exempelvis felaktiga eller ofullständiga personuppgifter, fördröjd biståndshandläggning, brister i samordning av utbildningsinsatser inför hemgång, svårigheter att nå hemtjänst och sjuksköterska samt fördröjd samordnad individuell planering. Mindre än hälften av avvikelserna är besvarade vilket är ett utvecklingsområde för berörda verksamheter; hälso- och sjukvård, äldreomsorgen och individ och familjeomsorgen. Ur hälso- och sjukvårdsperspektiv har felhändelserna som avvikelserna gäller inneburit fördröjningar i handläggning för patienterna men inte någon vårdskada eller allvarlig konsekvens. Åtgärder som vidtagits i syfte att förhindra återupprepning är dialog med berörda medarbetare, stöd av MAS och samverkan med RVN. Ingen av avvikelserna har lett till utredning av MAS eller MAR.

Utgående avvikelser har framförallt rapporterats till Sollefteå sjukhus och ambulansverksamheten. Men avvikelser har också riktats mot hälsocentralerna, Sundsvalls- och Örnsköldsviks sjukhus samt psykiatrin.

De vanligast förekommande avvikelserna är brister i följsamhet till rutin, felaktiga och bristfälliga bedömningar av hälsotillstånd i hemmet, bristfällig/felaktig/utebliven överrapportering och felaktiga/uteblivna ordinationshandlingar. Men också avvikelser gällande hjälpmedel och felaktigt riktade kallelser till SIP. Under året har samverkan skett både med ambulans, slutenvård och primärvård inom RVN.

### Hälso- och sjukvårdsavvikelser område funktionsstöd

Inom område funktionsstöd har det totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser ökat jämfört med föregående år. De mest förekommande avvikelserna gäller läkemedel och fall.



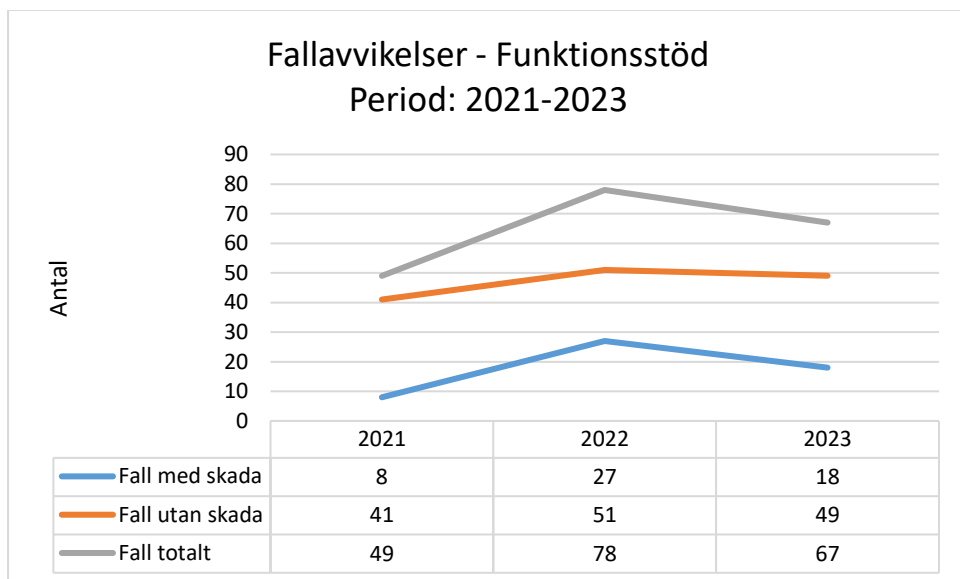
Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

Vad gäller hälso- och sjukvårdsavvikelser skiljer sig andelen avvikelser mellan könen, 46 % av avvikelserna avser kvinnor och 53 % av avvikelserna

avser män. Skillnaden i fördelningen kan till viss del förklaras av att det finns fler män (64 %) än kvinnor (36 %) inom område funktionsstöd.

Enheternas egna analyser visar på att bakomliggande orsaker till läkemedelsavvikelserna är brister i planering och kommunikation. De åtgärder som vidtagits är utbildning, genomgång på arbetsplatsträff och samverkan med hälso- och sjukvården. Det kan, liksom vid föregående två år, konstateras att läkemedelsavvikelser i stor utsträckning kategoriseras felaktigt under hjälpmedel/medicintekniska produkter. Detta innebär att det faktiska antalet läkemedelsavvikelserna är högre än vad statistiken anger.

Antalet fall inom område funktionsstöd har minskat sedan föregående år vilket också lett till att antalet som skadar sig i samband med fall har minskat. Männen står för 67 % av fallen och kvinnorna för 33 %, att fler män än kvinnor faller har också lett till att det är främst män som skadar sig i fallolyckor. Det kan konstateras att det inte sker något systematiskt fallpreventivt arbete inom område funktionsstöd i dagsläget. Det är rimligt att anta att antalet fall skulle kunna minskas genom fallpreventivt arbete.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

Utifrån verksamheternas egna analyser framgår det att det saknas en systematik och en samverkan i teamet vid analysen och hanteringen av hälso- och sjukvårdavvikelserna. Vidare framkommer det också att legitimerad personal inte varit tillgängliga i tillräcklig omfattning för arbetet och att enhetscheferna i stor omfattning fått hantera avvikelserna själva. Förhoppningen är att den kommande utbildningen kring teamsamverkan ska stärka teamen och ge förutsättningar för att kunna arbeta mer systematisk med avvikelsehantering.

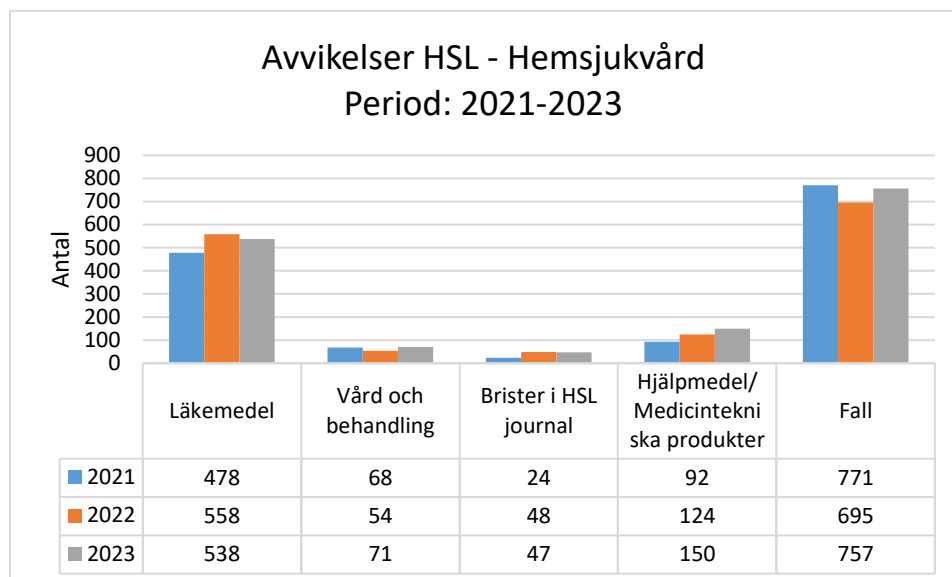
Under föregående år konstaterades att många hälso- och sjukvårdsavvikelser inte hanteras och avslutats vid årets slut, för 2022 kvarstår fortfarande 16 % att hantera och avsluta. För 2023 har hälften av avvikelserna hanterats och avslutats.

**Förväntat resultat:**

- Att avvikelser för 2022 - 2023 som inte hanteras, snarast utreds, åtgärdas, följs upp och avslutas.
- Att säkerställa att avvikelshantering sker enligt gällande rutin.
- Att åtgärder vidtas särskilt för att minska antalet läkemedels- och fallavvikelser samt säkerställa korrekt kategorisering av avvikelser.

**Hälso- och sjukvårdsavvikelser område ordinärt boende/hemsjukvård**

En ökning av antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser har i stort sett skett årligen inom ordinärt boende sedan övertagandet av hemsjukvården 2014. Det totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat med cirka 5 % 2023 jämfört med föregående år. Ökningen återfinns till största del inom område fall och hjälpmedel/medicintekniska produkter. De mest förekommande avvikelserna är läkemedel och fall.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

Analyser från enheterna visar på att arbetet med avvikelshantering sker i varierande omfattning och att det på många enheter inom ordinärt boende finns brister i följsamhet mot rutin. Bland annat lyfts brister i teamsamverkan fram där legitimerad personal inte upplevs delta i tillräcklig omfattning samt det finns svårigheter att få till planeringen för samverkan. Den pågående utbildningen i teamsamverkan lyfts fram som en bra satsning som lett till en ökad kunskap och förståelse för arbetet med avvikelshantering. I flera team beskrivs att förbättringsarbeten påbörjats för att skapa en systematik kring avvikelshantering. Arbetsterapeut och fysioterapeut beskrivs också i viss mån deltagit i arbetet vid någon enhet vilket är en förbättring.

Vad gäller hälso- och sjukvårdsavvikelser skiljer sig andelen avvikelser mellan könen, 54 % av avvikelserna gäller kvinnor och 46 % män. Detta

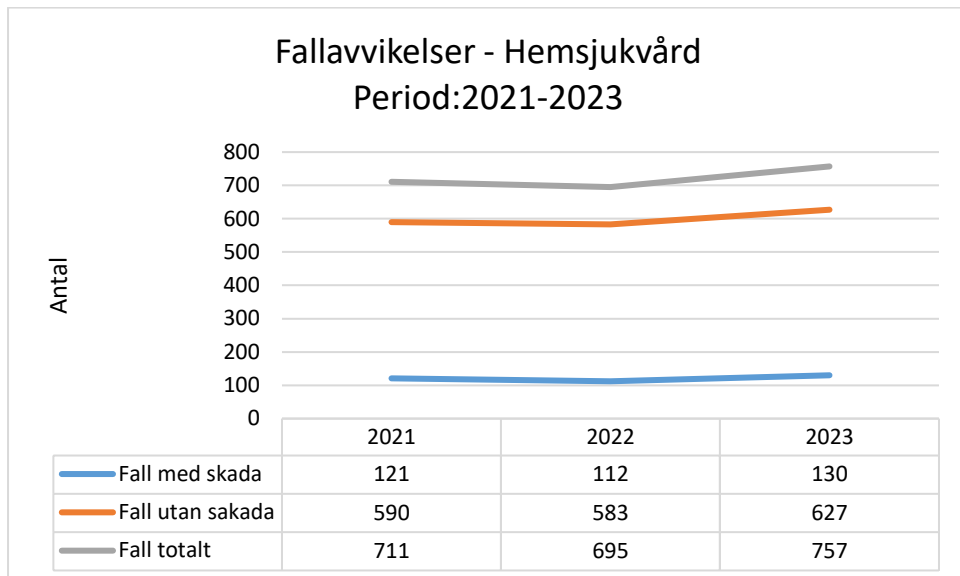
motsvarar till stor del fördelningen mellan könen inom ordinärt boende, det är fler kvinnor (57 %) än män (43 %) som erhåller insatser.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat något inom ordinärt boende sedan föregående år men istället ses en ökning inom hjälpmedel/medicintekniska produkter. Ett stort antal avvikelser inom hjälpmedel/medicintekniska produkter är felaktigt registrerade läkemedelsavvikelser vilket innebär att det faktiska antalet läkemedelsavvikelser är högre än vad statistiken anger. Enheternas egna analyser visar på att bakomliggande orsak framförallt är brister i kontroll mot ordinationshandling. Vidtagna åtgärder är ofta riktade mot enskilda händelser, exempelvis dialog med berörd medarbetare men analys på övergripande nivå för att se mönster och samband saknas.

Införandet av läkemedelsautomaterna visade i testgruppen på en minskning av antalet läkemedelsavvikelser med cirka 30 %. Den minskningen kan inte ses på aggregerad nivå för 2023 men flera enheter inom ordinärt boende framhåller att läkemedelsautomaterna förväntas minska avvikelserna på sikt vilket får utvärderas under 2024 då arbetssättet implementerats fullt ut. Digital signering lyfts också som en insats som förväntas minska antalet läkemedelsavvikelser i framtiden.

Antal fall inom ordinärt boende har ökat jämfört med föregående år, detta har också lett till att antalet som skadar sig i samband med fall ökat med samma omfattning. Det är mer vanligt förekommande att kvinnor (54 %) ramlar än män (46 %) och ådrar sig skador vilket motsvarar fördelningen mellan könen i ordinärt boende. Bakomliggande orsak uppger verksamheterna är kognitiv svikt, riskbruk av alkohol, nedsatt fysisk förmåga, oro samt den fysiska miljöns utformning. Det finns några enskilda individer som uppges ramla ofta och står för en stor andel av fallen.

Det saknas på majoriteten av enheterna inom ordinärt boende ett systematiskt fallpreventivt arbete. Riskbedömningar för fall genomförs i låg omfattning och analyser visar på att legitimerad personal inte deltar i den omfattning som krävs för att uppnå effekt av arbetet. Det är rimligt att anta att antalet fall och därmed fallskador skulle kunna minska genom ett systematiskt fallpreventivt arbete inom ordinärt boende.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

Enheternas egna analyser visar på att det saknas systematik för bedömning, utredning, åtgärd och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavvikelserna i teamsamverkan. Det finns ett behov av att säkerställa att legitimerad personal deltar i tillräcklig omfattning i arbetet med avvikelsehantering där enhetschef vid flera enheter i dagsläget hanterar en stor del av hälso- och sjukvårdsavvikelserna själva. Förhoppningen som uttrycks från verksamheterna är att utbildningen kring teamsamverkan ska stärka teamen och ge förutsättningar för att kunna arbeta mer systematisk med avvikelsehantering.

Föregående år konstaterades att många hälso- och sjukvårdsavvikelser inte hanteras och avslutats vid årets slut, för 2022 kvarstår fortfarande 15 % att hantera och avsluta. För 2023 har 48 % av avvikelserna hanterats och avslutats.

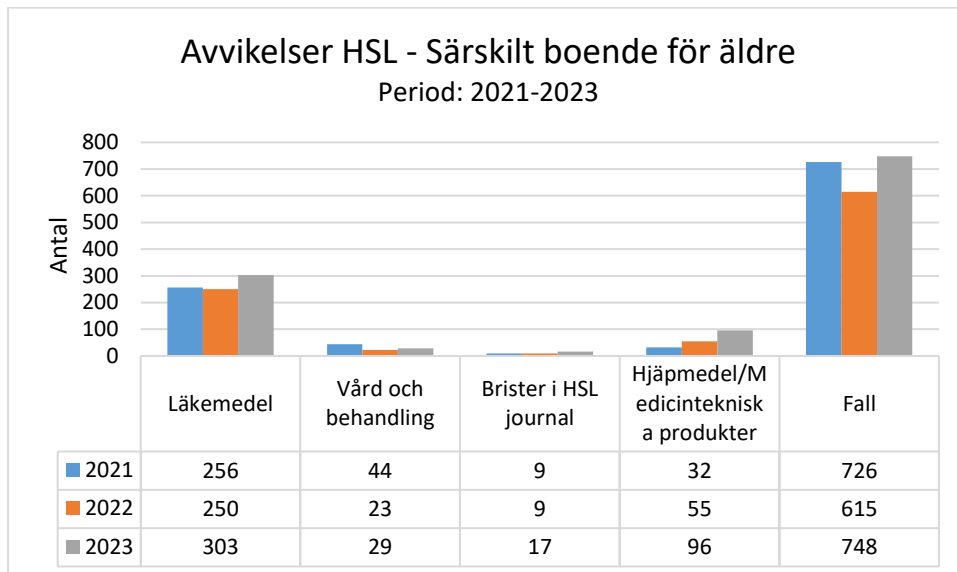
***Förväntat resultat:***

- Att avvikelser för 2022 - 2023 som ännu inte hanteras, snarast utreds, åtgärdas, följs upp och avslutas.
- Att säkerställa att avvikelsehantering sker enligt gällande rutin.
- Att åtgärder vidtas särskilt för att minska antalet läkemedels- och fallavvikelser samt säkerställa korrekt kategorisering av avvikelser.

**Hälso- och sjukvårdsavvikelser område särskilt boende för äldre**

Inom särskilt boende för äldre kan en ökning ses gällande antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser. Fram för allt gäller ökningen läkemedel, fall och hjälpmedel/medicintekniska produkter som också är de mest förekommande avvikelserna. Även inom särskilt boende för äldre kan det konstateras att läkemedelsavvikelser felaktigt registrerats som avvikelser gällande hjälpmedel/medicintekniska produkter.

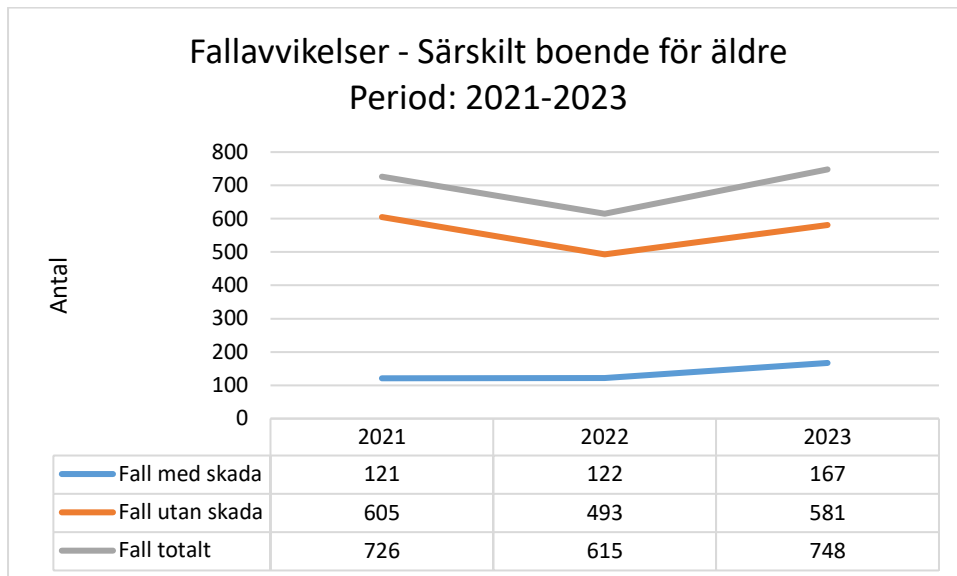
Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser skiljer sig åt mellan könen, 54 % avser kvinnor och 46 % avser män. Skillnaden kan förklaras i att det bor fler kvinnor (60 %) i förhållande till män (40 %) på särskilt boende för äldre.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

De bakomliggande orsakerna till läkemedelsavvikelserna uppges vara brister i kontroll mot ordinationshandling och bortglömd signering. Det lyfts också fram att det ibland är enbart en medarbetare som har delegering för läkemedel under ett arbetspass vilket leder till stress och missade läkemedel som följd. Vidtagna åtgärder är påminnelse på arbetsplatsträff och kontinuerliga ledningsmöten på enheten där avvikelser hanteras.

Antalet fall har ökat sedan föregående år inom särskilt boende vilket även medfört att fler skadar sig i samband med fall. Män och kvinnor står för lika många fall på särskilt boende, i förhållande till fördelningen mellan män och kvinnor innebär det att männen ramlar mer än kvinnorna. Vid de flesta enheterna inom särskilt boende genomförs fortlöpande systematiska fallriskbedömningar. Vid några få enheter bedrivs arbetet med fallriskbedömningar inte alls eller i mycket låg omfattning vilket medför att vården riskerar att bli ojämlig beroende på vart patienterna bor. Vid en enhet beskrivs också att arbetsterapeut och fysioterapeut involveras i större omfattning vid fall än tidigare vilket är positivt.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 240105

Arbetet med avvikelshantering sker med mer systematik och i större omfattning på särskilt boende än inom område funktionsstöd och ordinärt boende. I stort sett samtliga enheter beskriver att avvikelser hanteras fortlöpande av enhetschef och sjuksköterska men utmaningarna består av att skapa tider för samverkan och finna effektiva åtgärder. Upplevelsen är också på vissa enheter att utbildningen i teamsamverkan under året stärkt teamkänslan samt att dialogen och samarbetet förbättrats.

Under föregående år konstaterade att många avvikelser inte hanterats vid årets slut, uppföljning visar på att 11 % av avvikelserna upprättade under 2022 fortfarande inte är hanterade och avslutade. Av 2023 års upprättade avvikelser är 52 % av avvikelserna hanterade och avslutade.

#### **Förväntade resultat:**

- Att avvikelser för 2022 - 2023 som ännu inte hanteras, snarast utreds, åtgärdas, följs upp och avslutas.
- Att säkerställa att avvikelshantering sker enligt gällande rutin.
- Att åtgärder vidtas särskilt för att minska antalet läkemedels- och fallavvikelser samt säkerställa korrekt kategorisering av avvikelser.

#### **Hälso- och sjukvårdsavvikelser som involverar legitimerad personal**

Avvikelser som rör legitimerad personal hanteras av enhetschef för hälso- och sjukvård. Under 2023 rapporterades 29 avvikelser (33 avvikelser, 2022), avvikelserna berör till största del läkemedel och utebliven/bristfällig/fördröjd vård och behandling. Arbetet med avvikelshantering sker fortlöpande av enhetscheferna i dialog med berörda enheter och professioner. Enhetens egen analys visar på att antalet avvikelser är högre på de enheter som inte har en tillsvidareanställd sjuksköterska på plats. Hög arbetsbelastning anges också vara en bakomliggande orsak.



Erfarenheter sprids för ett lärande på arbetsplatsträffar och yrkesträffar. Förutom att sprida lärande har följande åtgärder vidtagits för att minska antalet avvikelser som involverar legitimerad personal; genomgång av rutiner, workshop i mindre grupper och handledning.

Under 2022 konstaterades att ett stort antal avvikelser inte hanterats, samtliga är nu hanterade och avslutade. Under 2023 visar statistiken på att hälso- och sjukvårdsenheten har hanterat och avslutat 92 % av de inkommande avvikelserna.

#### 3.4.4 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten genom synpunktshantering på hemsidan, vid samtal med medarbetare i verksamheten, via Patientnämnden eller via Inspektionen för vård och omsorg. Hantering sker enligt *Riktlinje för synpunkter, klagomål och visselblåsarfunktion*. Följande fyra synpunkter har under 2023 inkommit och diarieförts som berör den kommunala hälso- och sjukvården. Samtliga ärenden som inkommit har kommit till MAR/MAS från närstående/patient:

- Närstående har önskemål om nytt ställningstagande till anmälan enligt lex Maria angående brister i vård och behandling vid ett särskilt boende. Händelsen bedömdes inte som en allvarlig vårdskada 2019 och bedömningen kvarstår vid nytt ställningstagande.
- Klagomål från närstående om att typ av läkemedel och dosering ändrats för en patient inom område funktionsstöd. Utredning visar på att läkemedel givits enligt ordination till patienten.
- Klagomål gällande utebliven kontakt med närstående i samband med fall, icke adekvat smärtlindring samt brister i kontroll av vätskeintag. Bakomliggande orsak är brister i kommunikation till närstående samt brister i dokumentation men också att patienten frånsagt sig insatser.
- Klagomål från patient att denne inte fått en lägre elrullstol förskrivnen. Två arbetsterapeuter har bedömt ärendet och kommit till samma beslut, att behovet kan tillgodoses på annat sätt vilket patienten erbjudits.

#### Patientnämnden

Under året har en synpunkt inkommit från Patientnämnden.

- Närstående är missnöjd över att en patient inte fått läkemedel på rekommenderande tider vilket närstående upplever påverkar den enskilde negativt. Samma ärende har också inkommit som klagomål och har utretts och besvarats att läkemedel givits enligt ordination från läkare.

Antalet diarieförda synpunkter och klagomål för hälso- och sjukvård är relativt få under 2023, med stor sannolikhet har fler ärenden hanterats i

verksamheten men inte diarieförts. Att samla patienter och närståendes synpunkter och klagomål är av stor vikt för det systematiska förbättringsarbetet.

#### **Förväntat resultat:**

- Att patienter och närståendes synpunkter och klagomål hanteras enligt gällande rutin.

### **3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktig eller långsiktig förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.



#### **3.5.1 Behovsstyrd resursfördelning inom hälso- och sjukvården**

Behovet av hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde är varierande över tid, för att säkerställa en behovsstyrd bemanning av legitimerad personal utifrån patienternas behov pågår en inventering av verktyg som stöd för ändamålet.

#### **3.5.2 Ansvarsfördelning vid frånvaro**

I syfte att säkerställa att patienternas behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses på bästa sätt vid oplanerad frånvaro har en ny arbetsordning för sjuksköterskor upprättats. Det nya arbetssättet innebär en tydligare ansvarsfördelning vid exempelvis oplanerad frånvaro.

#### **3.5.3 Träning och simulering**

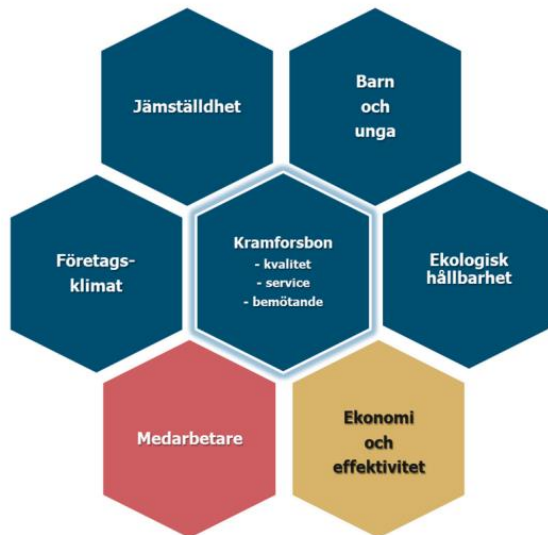
Genom bland annat utredningar enligt lex Maria har behovet av att träna och simulera olika vårdmoment identifierats. Under hösten invigdes metodrummet på Campus i Kramfors vilket ger förutsättningar för att studenter, sjuksköterskor och undersköterskor kan träna olika moment som exempelvis provtagning eller att sätta urinkateter.

#### **3.5.4 Kontinuitetsarbete och beredskap**

Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en viktig del av det svenska samhällets beredskap. Vid eventuell krissituation ska ordinarie verksamheter fungera med god kvalitet samtidigt som det ska finnas beredskap för nya behov. För att verksamheten ska kunna möta en allvarlig händelse behöver arbetet med kontinuitetshantering fortlöpa. Under året har exempelvis avbrott och störningar i journalsystemet under helg identifierats som en risk för att upprätthålla en vård av god kvalitet. Arbetet med en revidering av hälso- och sjukvårdens kontinuitetsplan har inletts och kommer att fortsätta under 2024.

## 4 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

De sju kommunövergripande mål enär kopplade till perspektiv *Kramforsbon, medarbetare* samt *ekonomi och effektivitet*. Målen som är framtagna till perspektiv Kramforsbon utgår ifrån de politiskt prioriterade områdena; jämställdhet, företagsklimat, barn/unga och ekologisk hållbarhet.



Källa: Valfördsnämndens verksamhetsplan 2024

Framtidens kommunala hälso- och sjukvård kommer att innebära mer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet men också mer avancerad medicintekniska utrustning för utredning och behandling. Utvecklingen kräver både förändring och utveckling av arbetssätt, förändring av ansvarsgränser, personella resurser, kompetens och säkerställande av tillgång till utrustning. Vid övergångar mellan specialiserad vård och primärvård som kommunen bedriver kommer framtidens vård också ställa andra krav på samverkan mellan vårdgivarna för att trygga patientsäkerheten.

Egenvården, den hälso- och sjukvård patienten bedöms själv eller med hjälp av annan kunna ta ansvar för, kommer bli central i utvecklingen framåt. Förändringen mot ett utökat egenvårdsansvar behöver stärkas i kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten genom ökad kompetens inom området, ansvarsfördelning och utveckling av interna arbetssätt utifrån nya riktlinjer för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Utifrån den demografiska utvecklingen där allt fler av Kramforsborna både lever längre och med mer komplexare hälso- och sjukvårdsbehov är utvecklingen av det förebyggande och proaktiva arbetet av högsta vikt. Både för att förebygga ohälsa hos invånarna men också utifrån dagens och framtidens utmaningar gällande kompetensförsörjning. Att arbeta med exempelvis riskbedömningar för att tidigt identifiera risker innan ohälsa uppstått är både gynnsamt för patienten men också ett sätt att möta framtidens utmaningar.

För att bedriva framtidens kommunala hälso- och sjukvård krävs tillgång till kompetent hälso- och sjukvårdspersonal, utveckling av nya arbetssätt med stöd av digital teknik och att skapa en arbetsplats som både attraherar och bibehåller medarbetare.

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som skett men innehåller också identifierade områden att arbeta vidare med. För att kunna vidta effektiva åtgärder krävs att medarbetarna tar del av resultatet och involveras i att ta fram och genomföra aktiviteter kontinuerligt under året.