

Patientsäkerhetsberättelse för Timrå Kommun År 2021



Datum 2022-02-28

Ansvarig för innehållet Maria Nordin Verksamhetschef HSL, Ulrica Hedlund MAS
Diarienummer 2022:82

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen 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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	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
Strålskydd.....	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	16
Riskhantering	16
Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter.....	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	20

SAMMANFATTNING

Även året 2021 har starkt påverkats av Covid pandemin. En av våra stora utmaningar har varit personalförsörjning utifrån hög sjukfrånvaro och behov av extra personal. Vaccinationsarbete och ständiga smittspårningar har lett till en hög arbetsbelastning vilket har inneburit ett behov av fler sjuksköterskor i tjänst. Trots att fokus har varit den pågående pandemin har vi hanterat alla andra vanligt förekommande insatser för våra patienter inom den kommunala hälso-och sjukvården. Allt fler svårt sjuka medborgare skrivs ut från slutenvården med fortsatta behov av vård. Antalet hemsjukvårdspatienter med behov av medicinska och rehabiliterande insatser ökar. Under 2021 har det förekommit 90 st samordnade individuella planer (SIP) kring vårdtagare tillsammans med primärvården och slutenvården. Kommunens hemsjukvård och särskilda boenden har skickat 370 vård rapporter i det länsgemensamma systemet Prator. Under hela året har vi haft ett nära samarbete med våra hälsocentraler, inte minst när det gäller alla genomförda smittspårningar av vårdtagare och omvårdnadspersonal.

Under 2021 var planeringen att fortsätta med patientsäkerhetsarbete enligt den årshjuls systematik som utarbetats samt föreslagna förbättringsområden utifrån föregående års patientsäkerhetsberättelse. Precis som året innan så har det planerade förbättringsarbetet i många fall inte kunnat genomföras eller behövt prioriterats ned på grund av pandemin. Många nya riktlinjer och rutiner har tillkommit på grund av pandemin och arbetet med att kompetens höja personalen utifrån dessa samt fortsätta implementera nya arbetssätt har ställt stora krav på främst ledningsfunktionerna inom Äldreomsorgen.

Under 2021 har tillgången på godkänd skyddsutrustning varit betydligt bättre och det har varit lättare att få leveranser inom rimlig tid. Vi har dessutom kvar vårt tre månaders lager av skyddsmaterial, utifrån det länsövergripande beslutet att varje kommun skulle ha ett 3 månaders lager av skyddsutrustning och utrustning av basalt material, utifall det skulle uppstå ett nytt läge med fördröjda eller uteblivna leveranser.

Arbetet för hemsjukvårdens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året präglats av att kommunen har många svårt sjuka medborgare som vårdas i hemmet. Detta ställer stora krav på att hemmiljön är anpassad och säkerställd, speciellt i samband med utskrivning och hemgång från sjukhus eller korttidsavdelning. Arbetsterapeut och fysioterapeut möter i de allra flesta fall upp patienterna i samband med hemgången från sjukhus- för att förvissa sig om att det fungerar som tänkt för både patient och ev personal. Beroende på patientens diagnos och status så görs sedan individuella bedömningar om fortsatta insatser krävs. Rehabpersonalen kunnat delta i ett stort antal digitala utbildningstillfällen riktade mot rehabilitering. Detta har upplevts som mycket positivt då man på ett snabbt och enkelt sätt kunna få kompetenspåfyllnad i ämnen som är relevanta för verksamheten. Vi hade även möjlighet att i oktober skicka ett team med fysioterapeut och arbetsterapeut till Silviahemmet för utbildning kring demens, riktad till rehabteam. En målsättning är att även kunna skicka de andra teamen på samma utbildning framöver, då antalet patienter med demenssjukdom ökar inom hemsjukvården.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att en minskning av vårdskador ska ske. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Vårdgivaren ska arbeta förebyggande genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren har ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens med mera tillgodoser kravet på en god vård. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultatet genom uppföljning/egenkontroller som ska delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Patientlagen (2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet.

- Färdigställa och implementera hälso- och sjukvårdsprocesserna som vi arbetat med sedan 2019 och som fått stå tillbaka 2020-21 med verktyget 2C8.
- Upprätthålla avvikelserapportering och fortsatt arbete med att implementera rutiner för riskanalysarbete. Avvikelsemodulen Life Care har implementerats under hösten och den innebär ett mer teambaserat arbetssätt.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregistren på särskilt boende och implementera det i hemsjukvården.
- Vidareutveckla samverkan mellan olika professioner inom kommunen och mellan kommunen, specialistvården och primärvården för att patienterna ska få en god och säker vård.

Organisation och ansvar

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

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på en god vård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig sköterska (MAS) för hälso- och sjukvården inom förvaltningens verksamhetsområde för att tillgodose att kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen 2017

Verksamhetschef enligt HSL:s ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det

systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hygiensjuksköterska

Ansvarar för att det finns aktuella hygienrutiner och är behjälplig vid hygienronder samt specifika patientärenden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Samverkan sker med primärvård, specialistvård, SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) 1177 samt olika nätverk på länsnivå. Samverkan sker i olika mötes forum och via samverkansdokument.

- Samverkansavtal läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Hjälpmiddelsavtal mellan kommunerna och regionen.
- Överenskommelse mellan länets kommuner och regionen gällande samarbete och samordning.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Samverkans forum - inspirationsgrupp främst inom äldreomsorgen
- Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka
- MAS representation i läkemedelskommitténs hanteringsgrupp
- Länsövergripande MAS och Verksamhetschef möten
- Länsövergripande nätverk kring demenssjukdomar

För att identifiera brister i vårdkedjan finns en avvikelserutin mellan kommunerna och regionen. Den heter Avvikelse i Vårdkedjan och skrivs i dagsläget manuellt och skickas med post. Den är nyligen reviderad och man försökte digitalisera kommunikationen men misslyckades i nuläge då inget säkert system finns mellan de olika vårdgivarna.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus

Den 1 januari 2018 trädde den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Antalet dagar utan betalningsansvar för kommunen minskade från fem till tre dagar i den somatiska vården. En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår när sköra äldre byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus.

Länets kommuner och Regionen tog fram länsövergripande rutiner och formulerade några mål:

- Att öka antalet individer som får en samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus.
- Att öka antalet SIP som genomförs i hemmet efter utskrivning från sjukhus
- Att minska antalet dagar på sjukhus för den enskilde efter att ha blivit utskrivningsklar.
- Att öka antalet digitala rapporter

Vi har under året utsett en sjuksköterska som samordnar alla SIP vid utskrivning från sjukhuset till ordinärt boende. Det blir bättre kvalitet när representanten känner sig väl förtrogen med processen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Behörighetsbeställningar och dataurval styr vilket åtkomst våra medarbetare har utifrån funktion och roll. Det finns upprättade rutiner för vem och hur en behörighetsbeställning genomförs. Rutiner för loggkontroller har tagits fram och logguppföljning sker månadsvis av journaldokumentation och journaler.

Vi använder SITHS kort som inloggning till Nationell patientöversikt (NPÖ) vårdplaneringsverktyg (Prator), samt kvalitetsregister.

En blankett finns framtagen som medborgaren ska fylla i för att ge sitt samtycke för informationsöverföring. Informationsutbyte med slutenvård och primärvård i samband med vårdövergång sker i Prator. Vid kommunikation mellan kommunens sjuksköterska och läkare inom primärvården används Zimbra som är primärvårdens eget system.

Utifrån GDPR har en registerförteckning skapats som innehåller alla behandlingar förvaltningen gör i verksamhetssystemet Procapita/Lifecare. Förteckningen visar vilka behandlingar som görs, varför och var i systemet det finns. Den uppdateras löpande. Information om personuppgiftshantering har hållits för enhetschefer inom stöd, vård och omsorg

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

En kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.?

En god säkerhetskultur

Vi följer Timrå kommuns policy och använder framtagen mall för risk- och konsekvensanalys. Riskanalyser på individnivå sker vid avvikelshantering och vid framtagande av handlingsplaner. Den riskanalys som fortlöpande sker på verksamhetsnivå är alltid vid förändringar i verksamheten. Vi är inarbetade på att bedöma arbetsmiljörisker och konsekvenser men behöver utveckla riskbedömningar för patientsäkerheten. I avvikelssystemet finns möjlighet att göra riskanalys av alla händelser.



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.

Flera medarbetare har genom Äldreomsorgslyftet utbildat sig till undersköterskor. Sedan starten 2020 har totalt 9 medarbetare blivit färdiga undersköterskor. Ytterligare 10 medarbetare befinner sig i studier och väntas bli klara inom något år.



I och med pandemin har vi rekryterat fler vikarier än vanligt och många av dessa är utbildade och har ingen tidigare erfarenhet av vårdarbete. Detta gör att vi har vidtagit åtgärder genom att bland annat ha en särskild sjuksköterska som genomför delgeringutbildning för läkemedel för nya vikarier. Detta ger en bättre kvalitet då alla får en gedigen genomgång och samma information.

Vårt bemanningssystem för vikarier tillåter att vi kan registrera vilken kompetens personalen har, te x utbildningsnivå och delegeringar. När enhetschef sedan beställer en vikarie anger denne vilken kompetens som krävs på den aktuella vakansen. Även i ordinarie personals schemaläggning tas hänsyn till vilken kompetens man har. Mest påtagligt är detta i hemtjänsten där man i de flesta fall är beroende av en undersköterska då andelen svårt sjuka i ordinärt boende har ökat dramatiskt.

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 §

Vid inflyttning på Vård- och omsorgsboende erbjuds vårdtagaren och anhöriga ett välkomstsamtal tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och kontaktperson, där vårdtagaren tillsammans med anhöriga få vara delaktiga i sin omvårdnads och genomförandeplan. Anhöriga erbjuds även att delta vid samordnade vårdplaneringar om den enskilde ger sitt samtycke. Vid riskbedömningar inför registrering i senior alert och symtomskattning inför läkemedelsgenomgångar är vårdtagare och i vissa fall anhöriga delaktiga. Ansvarig enhetschef eller MAS kontaktar vårdtagare och/eller anhöriga när klagomål eller

allvarliga händelser inträffat. De erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningar som gäller vårdskada. De kontaktas också alltid om en Lex Maria anmälan är aktuell.

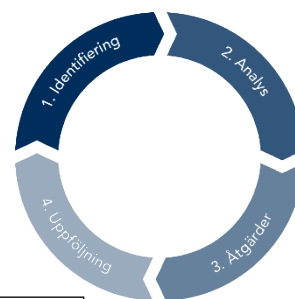
Kommunens anhörigcenter erbjuder stöd för personer som vårdar en anhörig som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning.

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.

Egenkontroll som utförs i verksamheterna löpande



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	4 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet Procapita
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Trycksår	Löpande	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande, rapport	Patientnämnden, IVO, Inkomna klagomål från medborgare
Fall	Löpande	Senior alert, Procapita
Munhälsa	Löpande	Senior alert, uppsökande munhälsa bedömning
Nutrition	Löpande	Senior alert
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre	1 gång per år	Resultat sammanställning och analys

Vårdhygien

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är nära samverkan med vårdhygien enheten och vår hygiensjuksköterska av stor vikt. Kommunen har ett samverkansavtal med Region Västernorrland och köper specialistkompetens inom vårdhygien. Vilket innebär tillgång till riktlinjer och rutiner, fortlöpande utbildningsinsatser, hygienronder, konsultation och handledning vid

smitta. Under året har länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor haft regelbundna Skype möten med vårdhygien och smittskydd relaterade till Covid pandemin. Inga hygienronder eller övriga fysiska besök har genomförts.

Analys

Då vi har ett ständigt inflöde av ny personal har dessa inställda utbildningsinsatser från vårdhygien varit olyckliga. Vi har många utbildade anställda och följsamheten till BHK (basala hygienrutiner och klädregler) är en förutsättning för att upprätthålla en god och säker vård.

Åtgärd

Vårdhygien kommer att utbilda hygienombud på varje arbetsplats under våren. Deras uppgift är att vara ett kompetensstöd på arbetsplatsen.

Dokumentation

I samband med arbetet att lägga till klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som ska rapporteras månadsvis till Socialstyrelsen i vårt verksamhetssystem Procapita har vi genomfört en översyn av dokumentationsprocessen. Arbetet med att skapa nya dokumentationsrutiner för att kvalitetssäkra omvårdnadsdokumentationen pågår. Under året har IVO genomfört en granskning av kommunens dokumentation relaterat till Covid pandemin. IVO anser att dokumentation inte går att följa på ett tillfredställande sätt och att vårdplanerna är bristfälliga.

Åtgärd

Vårt nuvarande dokumentationssystem är gammalt och uppdateras inte längre. Vi kommer att byta till Life Care modulen även inom HSL vilket redan är genomfört i SoL.

Nulägesbeskrivning

Många äldre behöver läkemedel, men läkemedlen bör vara så få som möjligt och de bör regelbundet omprövas. Läkemedelskommittén har sedan 2007 i samarbete med länets kommuner tagit initiativ till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Genom att räkna antalet läkemedel under en dag erhålls värdefull information över utvecklingen inom regionen. Nulägesbeskrivningen påvisar läkemedelsanvändningen för personer 75 år och äldre inom kommunala boenden under en dag i september månad. 2014 påbörjades mätningen även på våra hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende. Den omfattar personer 75 år och äldre som har hjälp med läkemedelshantering i hemsjukvården. Timrå kommun ligger lågt i antalet ordinerade läkemedel och i flera fall av olämpliga läkemedel på särskilda boenden. Under året har vi även lyckats sänka antalet ordinationer på sömnläkemedel från 18.8 % till 13.2 %. Vi ligger även lägst i länet på förskrivning av Oxazepam (lugnande läkemedel) där vi ligger på 9.8% Det finns två typer av ordinationer som mäts i nulägesbeskrivningen. Stående läkemedel som innebär att patienten tar det regelbundet och vid behovs läkemedel som tas när det finns behov.

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i särskilda boenden

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
7,0	7,3	6,9	7,0	7,1	6,0	7,0	6,5	6,5	6,2	6,2	6,4	6,4	6,5

Genomsnitt i länet

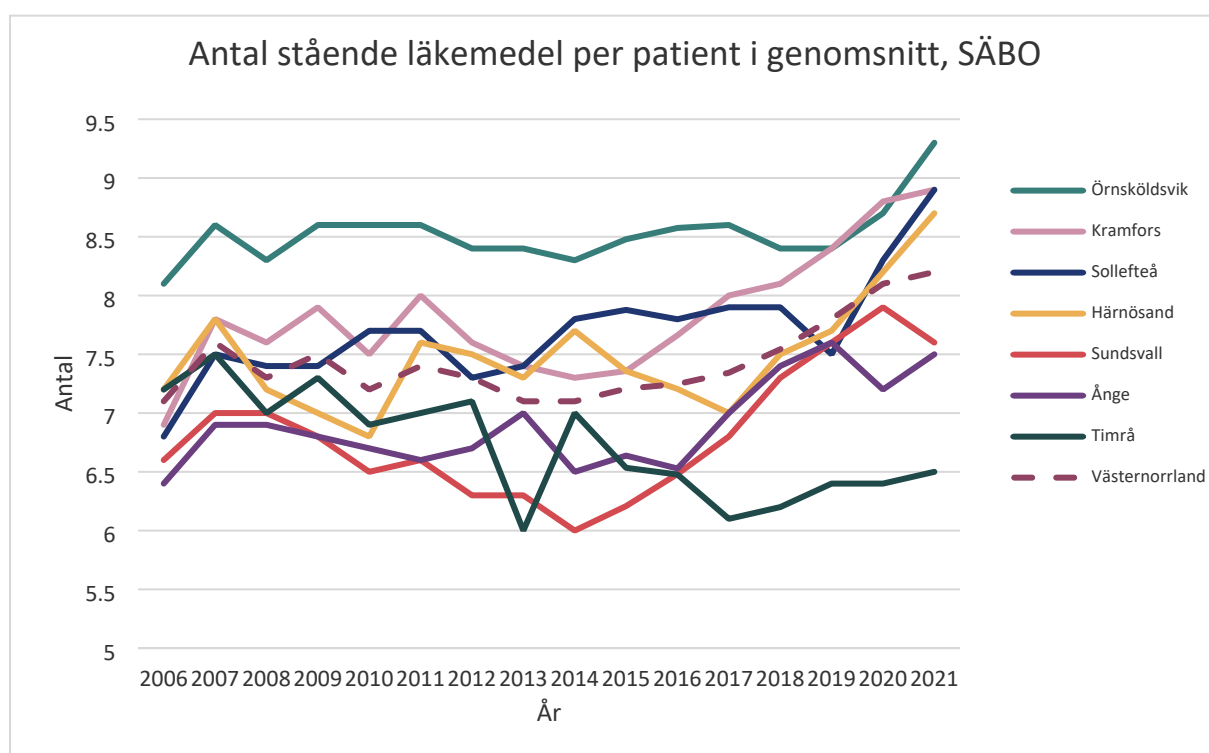
7,3	7,5	7,2	7,4	7,3	7,1	7,1	7,2	7,2	7,4	7,5	7,8	8,0	8,2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
5,6	5,9	6,3	6,6	6,2	7,6	7,9	8

Genomsnitt i länet

7,1	7,6	7,2	7,2	7,2	7,8	7,8	7,9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



Läkemedelsgenomgångar

Många äldre har flera läkemedel för olika sjukdomstillstånd. Men med stigande ålder ändras kroppens förmåga att tillgodogöra sig läkemedel och man blir också känsligare för biverkningar. Genom att systematiskt arbeta med läkemedelsgenomgångar kan man uppnå en optimerad läkemedelsanvändning.

Läkare, sjuksköterska, personal och ibland anhöriga skall tillsammans med patienten gå igenom dennes läkemedelslista och vilka eventuella besvär patienten har. Läkaren gör därefter en bedömning om behov finns för att ändra doser, lägga till eller ta bort läkemedel.

En regelbunden och systematisk utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandlingen enligt "läkemedelskommitténs koncept" ökar kvaliteten och säkerheten i vårdtagarens läkemedelsbehandling. Under 2021 har 61% av vårdtagarna på vård och omsorgsboenden fyllt i en symtomskattningsskala som är ett underlag för läkemedelsgenomgången. Inom hemsjukvården är det endast ett fåtal personer och vi arbetar tillsammans för att skapa en arbetsrutin som fungerar för den verksamheten eftersom vårdtagarna kan ha olika läkare.

Senior Alert

Genom att använda Senior Alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå. Man utför riskbedömningar gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt basal inkontinens. Varje enskild person som möter vård och omsorg ska ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Under 2021 har 193 vårdtagare fått en bedömning. Det har genomförts 287 riskbedömningar och 270 av dessa har identifierat någon risk.

Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, exempelvis när hud utsätts för tryck, vid lågt näringsintag, vid nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen.

För att förhindra att trycksår uppkommer skall sjuksköterskan göra en riskbedömning och registrera den i Senior Alert. Bedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen och utifrån vad de påvisar ska preventiva åtgärder vidtas. När behov uppstår skall det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför skall sjuksköterskan genomföra en smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

Av 193 riskbedömda personer hade 19st utvecklat trycksår.

Analys

Trycksår förekommer trots utbildningsinsatser och hjälpmedelstillgång.

Förbättringsförslag

Förbättrat teamarbete vid upprättande av hälsoplaner och åtgärder. Viktigt att även omvårdnadspersonal får mer utbildning i förebyggande arbete och positionering. Vi har under året börjat hyra in ett mätinstrument som heter PU-sensor och som mäter blodcirkulationen i kroppen. Genom en mätning får man en indikation på om personen riskerar trycksår på utsatta kroppsdelar.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva timmar. Är nattfastan längre, ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Kosten som serveras på vård och omsorgs boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert och gällande nutritions riktlinjer genomförs vid inflyttning och följs regelbundet. För personer i riskzonen ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionsproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har tidigare fått utbildning i kost och nutrition av dietist.

Av 193 riskbedömda personer finns det 62 st. som har ett BMI < 22 och 95 personer upplevde ofrivillig vikttnedgång.

(Body Mass Index är ett statistiskt mått på kroppsvikt baserat på vikt och längd)

Förbättringsförslag

Man arbetar kontinuerligt i verksamheterna med att minska nattfasta och servera mellanmål enligt rutiner. Det har inte funnits tillgång till stöd från dietist vid svåra ärenden under 2021. Tillgång till primärvårdens dietist finns inte i nuvarande avtal om hemsjukvård, vilket innebär att det finns oklarheter när det gäller dietist tillgång på vård och omsorgsboenden. Vi kommer att se över möjligheten att köpa tjänst till våra vård och omsorgsboenden kommande år.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till vård och omsorgs boende ska sjuksköterskan göra en munhälsobedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informerar om bedömningen för att få information om hur munhålan skall skötas. Av 193 bedömda personer hade 84 av dem identifierade risker.

Region Västernorrland har upphandlat årliga munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av Folktandvården. Dessa insatser har varit inställda under 2020 - 21 p.g.a. covid pandemin.

Inkontinens

Många av vårdtagarna som bor på vård och omsorgsboenden samt de personer som tillhör hemsjukvården har inkontinensproblematik. Besvären varierar och därför skall inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. På varje enhet och hemsjukvårdsdistrikt ska det finnas en sjuksköterska med utbildning att utreda problem med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med omvårdnadspersonalen angående åtgärder som behöver vidtas.

När någon flyttar in på ett boende har han/hon ofta redan inkontinenshjälpmedel förskrivna. Sjuksköterskan bör därefter göra uppföljningar årligen. Timrå kommun har under året använt sig av Tena Identifi som är ett stöd vid inkontinensutredningen på vård och omsorgsboenden. Det innebär att man med hjälp av sensorer i inkontinensskyddet kan kartlägga urinmängd och miktionsstider. Vi har även tecknat ett hyravtal med MTA på två blåsvolyymmätare som används i inkontinensutredningar samt för kontroll av residuralurin i samband med kateterbehandling.

Analys

Tena Identifi kartläggningen har inte använts i den utsträckning den borde p.g.a. personalomsättning. Där det genomförts har det lett till individuellt anpassade toalettassistans och bytestider som ger ökad Comfort och livskvalitet. Man har i de flesta fall minskat på inkontinensskyddets storlek. Vilket även leder till en kostnadseffektiv förskrivning och minskad avfallshantering.

Förbättringsförslag

Vi har haft få anställda sjuksköterskor med utbildning i Inkontinens och förskrivningsrätt. Under 2019 - 2020 har 5 st genomgått utbildningen. Det är planerade utbildningar på både boenden och inom hemsjukvården med verktyget Tena Identifi.

Palliativa registret

Det Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registrerar sjuksköterskan vad som skett sista tiden i livet. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården samt säkerställa att alla får samma möjligheter i livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död ska kunna känna trygghet inom följande punkter.

- Jag och mina närstående är informerad om min situation
- Vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Vara ordinerad läkemedel vid behov
- Få god omvårdnad utifrån mina behov
- Få vårdas där jag vill dö
- Inte behöva dö ensam
- Veta att mina närstående får stöd

Timrå kommuns resultat av kvalitetsindikatorer 2021

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat	
Dok. brytpunktssamtal	98,0	45,7	
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	93,5	
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	91,3	
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	47,8	
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	63	
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	71,7	
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	Personal 56	Anhörig 21,7

Vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Personal som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning.

Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och att ha en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Inlåsning får inte ske, det ska finnas möjlighet att passera ytterdörren. Kodlås är tillåtet under förutsättning att det finns personal som omgående kan öppna dörren och följa med ut eller avleda den boende. Idag finns inget lagstöd för att använda tvång och begränsningar i demensvården, även om syftet är att skydda personen. Det är möjligt att använda förhållningssätt och arbetsmetoder som kan förebygga och hantera svåra situationer istället för tvångs- och begränsningsåtgärder. Utbildning i form av demenscentrums utbildningspaket: Nollvision - för en demensvård utan tvång och begränsningar startade 2016 och pågår fortfarande.

Alla vård och omsorgs boenden ska ha ett team som är utbildade att arbeta med BPSD-registret. Genom att identifiera specifika omvårdnadsåtgärder och skapa en bemötandeplan till den demenssjuke kan man minska symtom och förbättra livskvalitén. Det ger personalen en struktur i vård- och omsorgsarbetet med den demenssjuke.

Målsättningen för vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att:

- Webbutbildningarna Demens ABC och Demens ABC+ skall vara obligatorisk för samtlig baspersonal och vikarier inom särskilt boende och hemtjänst.
- Alla vårdtagare på särskilt boende med beteendemässiga eller psykiska symtom ska bedömas enligt BPSD
- Genomförd webbutbildning Nollvision av samtlig omvårdnadspersonal

Analys

Vår demenssamordnare tillsammans med specialistundersköterskor har ett uppdrag att utbilda omvårdnadspersonal i personcentrerad vård, livsberättelse och utformning av genomförande planer. Omsättning på personal innebär att det krävs återkommande utbildning och stödinsatser. Flera utbildningstillfällen har blivit inställda pga. Covidpandemin.

Demenssamordnaren deltar även i en länsövergripande grupp som arbetar med en uppdatering av vårdförlopp i demenssjukdom. En representant från kvalitetsregistret Swedem har haft en introduktionsträff angående registret för kommunens chefer inom äldreomsorgen.

Förbättringsförslag

Demenssamordnare kommer att fortsätta implementera arbetssättet utifrån BPSD-registret för att minska dessa symtom. Det sker på ett vård- och omsorgsboende i taget och omfattar alla yrkeskategorier i teamet.

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 §

Avvikelse och vårdskador uppmärksammas främst genom patientklagomål, avvikelshantering samt riskanalyser i Senior Alert, Palliativa och BPSD registret.

Den personal som uppmärksammar en risk för vårdskada eller en händelse som medfört eller har kunnat medföra en vårdskada rapporterar det i vårt avvikelssystem Life Care. Ansvarig sjuksköterska och enhetschef ansvarar för att vidta omedelbara åtgärder. Om sjuksköterskan anser att avvikelserna är av allvarlig karaktär skickas den vidare till MAS för utredning och eventuell Lex Maria anmälan. De övriga avvikelserna ska hanteras av områdeschef, ansvarig legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Att hantera avvikelser via team ökar delaktighet och förståelse. MAS återkopplar till nämnd varje kvartal samt årligen i patientsäkerhetsberättelsen.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Följsamhet till BHK mäts löpande i verksamheten varje kvartal enligt års hjul. Under kommande år ska hygienombud utbildas för att kunna stödja arbetskamrater samt vara aktiv i mätningar. Läkemedelsgenomgångar ska ske 1 gång per år och enligt överenskommelse med ansvarig läkare den månad vårdtagaren är född.



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.

Är vården säker idag

Vi har inga överbeläggningar inom vår verksamhet. Däremot har arbetsbelastningen relaterad till covid fördröjt annat arbete. Vårdprevention och verksamhetsutveckling är två tydliga områden. Att inte kunna samla personal och ge information och ha dialog är ett annat. Den digitala utvecklingen går fort och kräver att det finns möjlighet för personalen att hinna lära sig.



Riskhantering

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

Vårt avvikelssystem stödjer både rapportering av avvikelser och risker. Det finns en riskbedömningsmatris som är obligatorisk i utredningsdelen.

Stärka analys, lärande och utveckling

Förvaltningens ledningsgrupp kommer att delta i introduktions utbildning för analysverktyg patientsäkerhet för kommunerna under våren.



Avvikelser

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

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att rapportera avvikelser oberoende av om det är kommunen eller regionen som har ansvaret för hälso- och sjukvården.

Avvikelsehanteringen är grunden i allt kvalitetsarbete och resultatet skall användas för att identifiera riskområden, förbättra verksamheten och formulera målsättningar. Det är därför viktigt att alla avvikelser rapporteras vidare och utgör en naturlig del av patientsäkerhetsarbetet. En bedömning skall göras om den inträffade avvikelsen enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet (internutredning) eller om den skall anmälas till berörd myndighet (Inspektionen för vård och omsorg). Syftet med avvikelsehanteringen är att förhindra att händelsen upprepas samt att försöka hitta grundorsaken till händelsen. En följd av avvikelsehanteringen är att personalens kunskaper om riskfaktorer ökar.

Tabell 1. Avvikelser uppdelat på år och område.

	Läkemedel	Vård och behandling	Fall	Avvikelser i vårdkedjan
2009	258	6	499	
2010	254	16	511	
2011	269	22	570	7
2012	326	26	495	9
2013	335	22	491	8
2014	321	28	650	10
2015	327	17	601	11
2016	399	46	597	10
2017	428	22	489	7
2018	377	47	561	9
2019	449	45	600	11
2020	450	44	632	12
2021	524	39	811	16

Läkemedel

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av all berörd personal. Av de 524 inrapporterade avvikelserna gällde majoriteten överlämnande fasen dvs. när delegerad personal ska ge vårdtagaren läkemedlet. Ca 900 doser överlämnas/dag inom våra verksamheter. Delegerad omvårdnadspersonal överlämnar läkemedelsdoser från dosett eller Apo-Dos.

Apo-Dos är en tjänst från Svensk dos som innebär att läkemedlen levereras förpackade i dos påsar till patienten för 14 dagar åt gången.

11 avvikelser har skett i samband med att sjuksköterskan har iordningställt läkemedel i dosett.

Det ska finnas dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan efter läkarbedömning har tagit över ansvaret för läkemedelshantering när vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. All hantering av läkemedel som iordningställande och överlämnande skall finnas dokumenterade. För hantering av narkotika gäller särskilda regler.

Analys

Vi har inte förbättrat oss när det gäller antalet läkemedelsavvikelser. Däremot beror en del av ökningen på att hemtjänsten förbättrat sin rapportering och att en del avvikelser rör identifierade risker. Att personalen får regelbunden återkoppling av sina avvikelser och deltar i förbättringsarbetet kan vara en bidragande orsak. Den vanligaste orsaken är att läkemedlet glömts bort (utebliven dos) eller getts vid fel tidpunkt. Oftast har bristen upptäckts i tid och kunnat åtgärdas efter kontakt med sjuksköterska.

Förbättringsförslag

Fortsätta vårt arbete med hantering av avvikelser i team samt stödja arbetet med att genomföra riskanalyser.

Fall och fallskador

Ett fall definieras som *"en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om skada inträffat eller ej"*.

Att falla kan vara farligare än man tror, det är en olyckstyp som leder till många dödsfall. Av de fall som leder till höftledsfrakturer innebär det att många aldrig återfår ett normalt liv. Risken att falla ökar med stigande ålder. Enligt en studie från SBU faller var 3:e person över 65år minst 1gång/år.

En riskbedömning ska göras i samband med inflyttning. Sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet och erhålla utbildning i fallförebyggande åtgärder.

Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Många fall kan förebyggas med träning, säkerhet i närmiljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Analys

Många äldre faller i våra boenden trots förebyggande åtgärder. 2021 rapporterades 811 fall vilket är en ökning från tidigare år. Hemtjänsten har även här ökat sin rapportering. Antalet frakturer har minskat från 10st föregående år till 6st 2021. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig i sin lägenhet/rum och utan att någon sett händelsen. Allt fler äldre bor kvar hemma så länge som det går och en stor del

av de äldres tid spenderas i hemmet och dess omgivning. Äldres förmåga att vara delaktiga och självständiga har visat sig ha stor påverkan på deras välmående och möjligheten att bo kvar i hemmet har en grundläggande betydelse för detta. Äldre personer är överrepresenterade både i fallolyckor och i bränder och för att säkerställa att våra äldre bor och verkar i en trygg och säker miljö är det av yttersta vikt att samhället arbetar förebyggande för att stärka de äldres resurser samt förhindra olyckor och tillbud.

Förbättringsförslag

I februari 2020 startade vi upp två nya TUFF grupper, dvs Socialförvaltningens fallförebyggande samarbete med Medelpads Räddningstjänst. Syftet med TUFF var att erbjuda personer, som bor i ordinärt boende i Timrå kommun, med nedsatt balans, möjlighet att få utbildning och träning för att förebygga fall och fall-olyckor. De TUFF grupper vi genomfört tidigare år har varit oerhört uppskattade och resultaten av de mätningar och tester som gjorde på deltagarna visade att de flesta deltagare antingen förbättrat eller bibehållit sina fysiska funktionsförmågor.

De båda grupper som samlades på Brandstationen i Timrå i mitten av februari 2020 för tester, föreläsningar och balansträning var oerhört förväntansfulla och då intresset att delta varit stort så hade vi fulla grupper, med ca 10 träningsvilliga deltagare i varje grupp. Vi hann med fyra träningstillfällen, innan smittspridningen av Coronaviruset blev så pass omfattande att Folkhälsomyndigheten avrådde personer som var äldre än 70 att samlas. Vi kommer att starta upp dessa grupper återigen mars 2022.

För att ändå kunna bidra till det förebyggande arbetet för kommunens medborgare så har fysioterapeuterna i hemsjukvården sammanställt en rad filmer på fallförebyggande övningar samt information kring fall och fallprevention. Dessa filmer ligger publika på kommunens hemsida och kan användas av vem som helst. Information om att dessa finns har legat på timra.se samt skickats till pensionärsorganisationer i kommunen. Ett arbete att introducera dessa filmer på våra vård- och omsorgsboenden är påbörjat. Tanken är att omvårdnadspersonalen ska kunna använda dessa filmer som en del av aktivitet och träning för de personer som bor på våra boenden.

Vård och behandling

Antalet avvikelser inom vård och behandling ligger på ungefär samma nivå som föregående år. Från 44st till 39st 2021. 28st rör bristande behandling i form av försenad, utebliven eller felaktigt utförd insats. 11st beror på bristande observation.

Avvikelse i vårdkedjan

Region Västernorrland och länets kommuner har i samverkan beslutat att hjälpa varandra med att identifiera brister i verksamheten. När en personal uppmärksammar en brist hos en annan vårdgivare – som påverkar den egna verksamheten negativt eller som orsakat eller har kunnat orsaka en patientskada – meddelas vårdgivaren via en gemensamt framtagen blankett. Svar på avvikelsen skickas därefter som beskriver hur den negativa händelsen ska kunna undvikas i framtiden. Under 2021 har kommunen mottagit 6 avvikelser som gällt bristande arbetsmetod och själv skickat 10 st. Dessa har gällt bristande information och bristande rutiner/arbetsmetod. Det finns risk för felaktigheter i underlaget då vissa enheter har skickat avvikelser direkt till varandra. Detta ska säkerställas under 2022 då rutiner har framtagits för att alla avvikelser skickas till en Funktionsbrevlåda och diarieföras i respektive kommun.

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren är skyldig att ta emot och hantera klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och närstående. När en medborgare har lämnat ett klagomål ska vårdgivaren snarast besvara det.

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras enligt beskrivning av avvikelshantering. De som inkommer via kommunens klagomålshantering diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS beroende på innehåll. Därefter återkopplas resultatet till uppgiftslämnaren och en sammanställning till nämnd redovisas. Det har inkommit två klagomål till MAS angående Hälso- och sjukvård under året. Dessa har åtgärdats och besvarats skyndsamt via telefon eller personlig kontakt. De har gällt bemötande och bristande information/ arbetsmetod.

Patientnämnden-Etiska nämnden

Nämnden bedriver verksamhet för Region Västernorrlands län samt länets 7 kommuner. Uppdraget regleras i första hand i Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Patientnämnderna har sedan 2018-01-01 fått ett utökat uppdrag att utgöra en stödjande funktion för patienter, kunna ge skrivhjälp samt bistå vid överklagan av beslut. Nämnden har haft 2 ärenden gällande Timrå Kommun under året. Inget yttrande från kommunen har begärts.

Antal ärenden gällande Timrå Kommun 2014-2021

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
6	4	0	4	1	1	1	2

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi planerar att öka våra kompetenshöjande insatser för vår vård och omsorgspersonal under året. Det gäller ökad kunskap inom demensområdet, rehabiliterande förhållningssätt, vårdhygien och läkemedelshantering.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Rekryteringsbehovet till vård- och omsorg är stort, dessvärre är det svårt hitta utbildad personal. Kommunen måste förbereda sig inför framtiden genom att kompetensutveckla befintlig personal och vikarier. Under 2022 kommer all ordinarie personal, inklusive vikarier och chefer, på särskilt boende att få två halvdagars utbildning i demenssjukdomar och bemötande av personer med kognitiv svikt. All personal inklusive vikarier inom hemtjänsten kommer även under 2022 att få utbildning i rehabiliterade förhållningssätt av vår egen rehabpersonal.

Socialförvaltningen i Timrå Kommun kommer under våren att starta ett språkutvecklingsprojekt som pågår under ett års tid. Cirka 20 medarbetare från hemtjänst och särskilt boende, med svenska som

andra språk, kommer att få stärka sina kunskaper i "vårdsvenska". En SVA-lärare ska anställas på halvtid. Denne kommer att ansvara för svenskundervisning under 12 - 15 månader.

Inom både särskilt boende och hemtjänst ser vi även behov av att utveckla och stärka kontaktmannaskapet hos medarbetarna för att på så sätt ge bättre trygghet och kontinuitet för brukarna.

Under 2021 har ett intensivt arbete genomförts för att bygga upp och driftsätta ett nytt avvikelssystem för HSL inom Socialförvaltningen. Arbetet har utmärkts av stor delaktighet av personer med olika professioner och kompetens, detta i syfte att få en bred samsyn kring hur avvikelser ska hanteras. Att olika yrkeskategorier har deltagit är en framgångsfaktor i det fortsatta arbetet kring avvikelshantering. Arbetet med att implementera teambaserat arbetssätt kring avvikelshantering kommer att fortgå även under 2022.

Vi kommer att följa och delta i utvecklingen vad gäller välfärdsteknik. Kommunen har en representant i styrgruppen för digitala samordnade individuella planer på distans. Vi är även delaktiga i ett pilotprojekt till DIGGA som innebär en digital läkarkontakt med hälsocentralens läkare i vårdtagarens hem. Sjuksköterskan kan undersöka patienten på plats och skicka information samt mätvärden som läkaren kan avläsa och bedöma direkt. I dagsläget används detta system bara på Strandbo då implementeringen till resten av kommunen avstannat pga. Covid -19.

Vi kommer under året att delta i ett projekt Proaktiv digifysisk seniorvård som initierats av vårdval. Det är ett delprojekt till Ökad läkarmedverkan. Timrå kommun deltar med 2 sjuksköterskor på deltid och Premicare tillhandahåller en fullutrustad vård buss, 1 undersköterska och digitalt medverkande läkare. Teamet ska uppsöka hemsjukvårdspatienter och genomföra en utökad kartläggning av medicinsk status, ADL förmåga, genomföra riskbedömningar och en läkemedelsgenomgång. De ska även genomföra akuta hembesök vid försämrat hälsotillstånd för att kunna bedöma, sätta in eventuell behandling och därmed undvika onödiga besök på akuten för patienten

Under 2021 har arbetet kring en God och Nära vård intensifierats i Timrå kommun. Socialförvaltningens ledningsgrupp, samordnarna för nära vård samt några av socialnämndens ledamöter har alla under 2021 gått SKR's utbildning i att leda omställningen till en god och nära vård. Samverkan mellan politik och tjänstemän har fortsatt under året, både genom träffar och genom månatlig rapportering på socialnämndens sammanträden.

En rad olika aktiviteter som till exempel Open Space, fastställande av en programplan, information till politiker och tjänstemän och uppstart av styrgrupp har blandas med samverkansmöten med både slutenvård, primärvård och länets övriga kommuner.

Flera initiativ till samverkan har kommit, från olika parter. Alla i syfte att stärka och förbättra samarbetet kring gemensamma patienter. Arbetet för en god och nära vård kommer att fortsätta under 2022.