

# **Patientsäkerhetsberättelse**

**för hälso- och sjukvård i**

**Sundsvalls kommuns särskilda boenden**

**År 2013**

**Sundsvall      2014-02-24**  
**Kerstin Nohrstedt      MAS**  
**Gurli Edlund      MAS**

<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>1. Övergripande mål och strategier</b>	<b>6</b>
<b>2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>	<b>7</b>
2.1 Socialnämndens ansvar	7
2.2 Verksamhetschefens ansvar	7
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	7
2.4 Områdeschefens ansvar	7
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	7
<b>3. Struktur för uppföljning och utvärdering</b>	<b>8</b>
3.1 Senior alert	8
3.2 Svenska Palliativregistret	9
3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens	10
<b>4. Kvalitetsuppföljning</b>	<b>11</b>
4.1 Kvalitetsinstrumentet Qusta – Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn, ansvar	11
<b>5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</b>	<b>12</b>
5.1 Avvikelser	12
5.2 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	12
5.3 Läkemedelshantering	13
5.4 Kvalitetsgranskning av Apoteket	15
5.5 Fallskador	16
5.6 Trycksår	16
5.7 Inkontinens	17
5.8 Vårdhygien	18
5.9 Nutrition	18
5.10 Munhälsa	19
5.11 Rehabilitering	19
5.12 Medicinteknik	20
5.13 Dokumentation	20
5.14 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	21
5.15 Genomförda personalutbildningar	22
<b>6. Samverkan för att förebygga vårdskador</b>	<b>23</b>
6.1 eHälsa	23
6.2 Övertagande av hemsjukvård	24
6.3 Ny organisation för hälso- och sjukvård inom kommunen	24
<b>7. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b>	<b>25</b>
<b>8. Samverkan med patienter och närstående</b>	<b>26</b>
8.1 Samverkansavtal om läkarmedverkan	26
<b>9. Övergripande mål och strategier för kommande år 2014</b>	<b>27</b>
9.1 Mål	27
9.2 Strategier och planerade åtgärder	27

## Sammanfattning

Vårdgivaren (Socialnämnden i Sundsvalls kommun) ansvarar för att patienter i särskilt boende får en god och säker vård. Vårdgivaren ska upprätta ett ledningssystem som möjliggör kvalitetssäkring, egenkontroll och uppföljning av verksamheten. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som den som önskar kan ta del av. Berättelsen visar hur hälso- och sjukvården har bedrivits under föregående år. Genom att årligen följa upp och bedöma kvaliteten kan verksamheten fortlöpande utvecklas.

Patientsäkerhetsberättelsen för år 2013 visar en varierande kvalitet inom hälso- och sjukvård i de särskilda boendena i Sundsvalls kommun och förbättringsarbetet behöver fortgå, se bilaga 1.

**Fortsatt användning av bedömningsinstrument via kvalitetsregistren** är av stor betydelse och användningen behöver öka.

**Senior alerts syfte är att** öka medvetenheten om betydelsen av det systematiska riskförebyggande arbetet hos chefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Antalet registreringar har ökat men når inte nationellt uppsatt mål.

Genom upprättande av riskförebyggande hälsoplaner med diagnos, mål, ordination och uppföljning stärks det systematiska kvalitetsarbetet som ger patienten en god och säker vård.

**Palliativa registret** hjälper vårdgivaren att kontinuerligt utvärdera omvårdnaden vid livets slut och att arbeta med förbättringsområden.

Antal registrerade avlidna når inte upp till nationellt mål och vissa kvalitetsindikatorer visar att stora förbättringsområden återstår.

**Kvalitetsinstrumentet QUSTA** har endast följts upp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) vid ett fåtal enheter på grund av att arbetet med övertagandet av hemsjukvården har prioriterats.

En nulägesrapport på begäran av Socialnämnden utfördes av MAS under hösten.

Läkemedelshantering, avvikelser, delegering, trycksår, inkontinens, kateterbehandling, skyddsåtgärder, hygien samt avtal om läkarsamverkan ingick i rapporten.

**Avvikelse gällande läkemedelshantering** har ökat något under 2013 men i förhållande till antalet överlämnade doser bedöms antalet rapporterade avvikelser vara lågt. Ett strukturerat kvalitetsarbete kan minska det totala antalet avvikelser, se bilaga 2. MAS påbörjade under året arbetet med förändring av rutin vid avvikelshantering.

**Läkemedelsgenomgångar** har ökat med ca hundra i antal jämfört med föregående år. Dessa bör öka ytterligare för att optimera den enskilda patientens läkemedelsbehandling, för detta krävs god samverkan mellan vårdgivare. En god individuell omvårdnad är ett viktigt komplement till och kan i vissa fall ersätta läkemedelsbehandling.

**Dokumentation inom hälso- och sjukvård** är av central betydelse för att god och säker vård ska kunna upprätthållas för patienten samt säkra informationsöverföring. Vid utredningar av

allvarliga händelser är det viktigt att dokumentationen är korrekt och fullständig samt att erfarenheter kan återföras till verksamheten för att ett upprepande inte ska ske.

**Omvårdnad vid demenssjukdom** behöver fortlöpande utvecklas. Utbildning av personal har skett under året men bör fortgå och delges till ny personal.

Arbetet med registret beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) behöver fortgå och är ett viktigt instrument i demensomvårdnaden.

Ett särskilt team det så kallade BPSD-teamet arbetar i kommunen med utbildning och handledning av personal.

**Samverkan med andra vårdgivare behöver fortgå och stärkas.** Regelbundna möten med landstinget är viktigt för att hålla hög patientsäkerhet genom hela vårdkedjan.

**Samverkan med patienter och/eller närstående** behöver utvecklas och stärkas. Delaktighet av patient/närstående i omvårdnaden och patientsäkerhetsarbetet är viktigt. Patienten/närstående ska informeras om en allvarlig händelse har inträffat samt få kunskap om rättigheter, hur man klagar, gör enskild anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt kontakter kommunens Patientnämnden.

### **Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)**

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 7§ tredje stycket socialtjänstlagen eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1§ första stycket samma lag.

### **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## **Patientsäkerhetslagen (2010:659)**

1 januari 2011 upphävdes lagen om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område och ersattes av Patientsäkerhetslagen. Detta innebär stora förändringar för all yrkesverksam vårdpersonal. Lagen omfattar tre huvudområden:

### *Ansvarssystemet har reformerats*

De tidigare disciplinpåföljderna varning och erinran har ersatts av bland annat en utökad möjlighet för IVO att rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskild yrkespersonal.

### *Det blir enklare för patienter att påtala fel och brister*

Patientens klagomål ska utredas förutsättningslöst av IVO.

### *Vårdgivaren får större och tydligare ansvar*

Vårdgivaren får ett tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens m m tillgodoser kravet på god vård.

## 1. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård. Varje år ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen är en redogörelse för vad vårdgivaren gjort för att identifiera, analysera och reducera risker, tillbud och negativa händelser i vården. Målet är att främja hög patientsäkerhet genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller att vårdpersonal begått misstag.

Strategin för att nå målet är att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom vårdgivarens ansvar för att upptäcka systemfel. Det är viktigt att utreda varje avvikelse och åtgärda de bakomliggande orsakerna samt vidta alla åtgärder som behövs för att förhindra att patienter kommer till skada.

## 2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### 2.1 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten. Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som används för att systematiskt utveckla och säkra verksamheten. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

### 2.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Verksamhetschefen ska svara för att tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet samt kostnadseffektivitet. Som vårdgivarens representant ska verksamhetschefen fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

### 2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS ska planera, styra, kontrollera, dokumentera samt redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS ska även tillse att författningar är kända och efterlevs samt utfärda rutiner och instruktioner utifrån de krav som ställs på verksamheten. MAS har delegation från nämnden att utreda och anmäla om en patient i samband med vård och behandling drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.(Lex Maria)

### 2.4 Områdeschefens ansvar

Områdeschefen har det samlade ansvaret för all hälso- och sjukvård som bedrivs vid enheten. Områdeschefens ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som MAS och verksamhetschef fastställt följs i verksamheten samt att dessa är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen. Områdeschefen ansvarar för kvalitetsarbetet vid enheten.

### 2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personalen ska följa MAS upprättade rutiner och rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada.

### 3. Struktur för uppföljning och utvärdering

#### Risikanalys

**Alla vet vad som hände i går,  
men konsten är att veta vad som händer i morgon**

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya rutiner är det viktigt att göra en riskanalys. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna. Arbetet med patientsäkerhet måste inriktas på att bygga upp processer och system som skyddar patienten från vårdskada eller risk för sådan. Riskanalys måste därför vara en del i de befintliga arbetsprocesserna i det dagliga arbetet och vid specifika situationer kring patienter.

#### 3.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall och undernäring. Alla personer som är äldre än 65 år och bor i kommunens särskilda boenden ska riskbedömas enligt evidensbase-  
rade skattningsskalor.

Att använda bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare.

När en patient flyttar in vid ett boende riskbedömer sjuksköterska tillsammans med vårdpersonal efter information till patient/närstående som erbjuds att delta. De risker som upptäcks ska alltid följas av en hälsoplan, i den dokumenteras ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till omvårdnadspersonalen. Hälsoplanen följs upp och utvärderas regelbundet.

#### **Antal registrerade riskbedömningar samt antal riskbedömningar med planerade åtgärder**

	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Fallrisk registreringar	1209	1574
Fallrisk, med planerade åtgärder	X	1316
Risk för trycksår	412	483
Risk för trycksår, med planerade åtgärder	X	402
Risk för undernäring	928	1147
Risk för undernäring, med planerade åtgärder	X	978

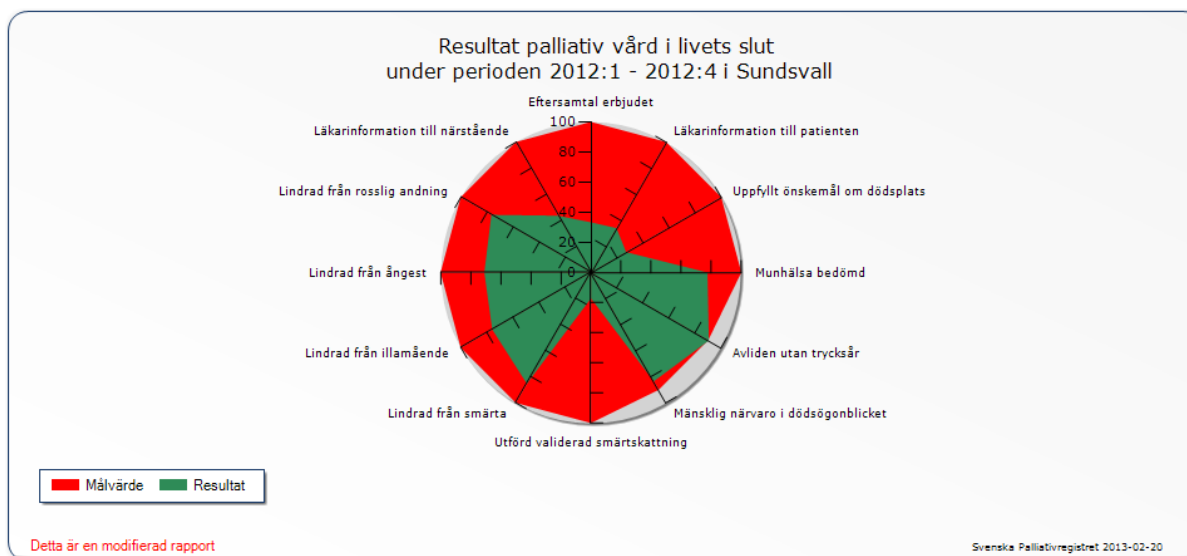
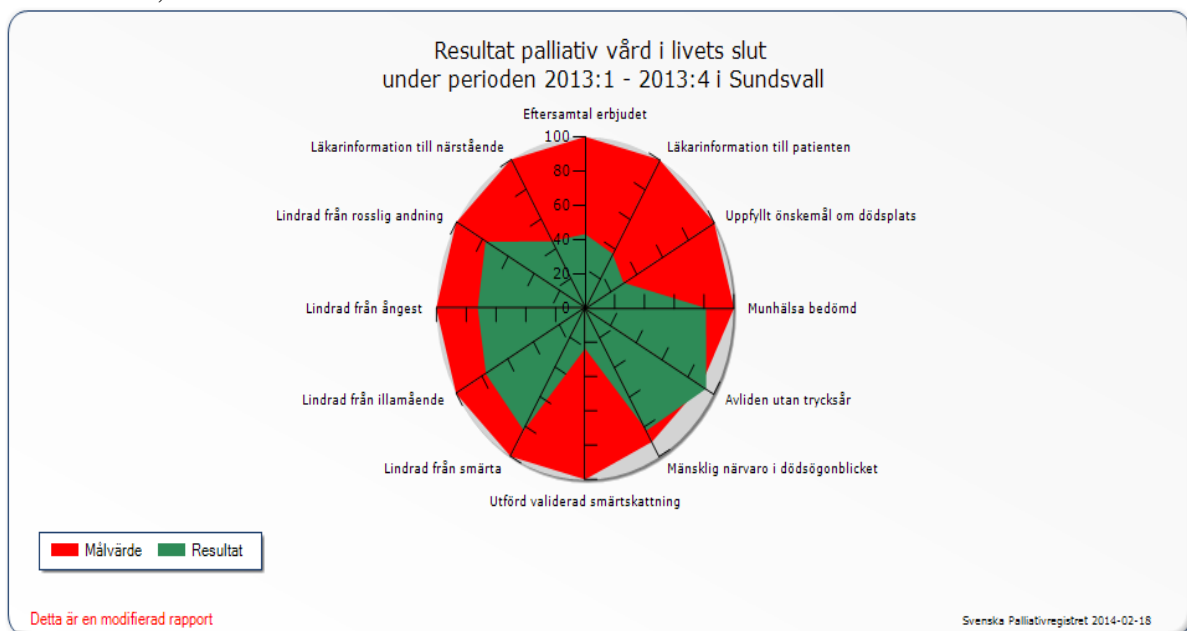


## Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att händelser (viktninskning, trycksår och fall) ska registreras i så stor utsträckning som möjligt
- Att det finns planerade/pågående förebyggande åtgärder där risk framkommit
- Att fortsätta implementeringen av riskbedömning för munhälsa (ROAG)
- Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda

### 3.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där patienten vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får stöd.



### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att initiera informera samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående
- Att smärtskattning sker enligt Abbey Pain Scale
- Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda

### **3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens**

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Detta skapar stort lidande för patient och närstående samt minskar livskvalité. Personalen har ofta svårt att förhålla sig till de problem som uppstår.

God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD-registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Arbetet med införandet av registret påbörjades i verksamheten under 2012.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att fortsätta arbetet med implementering av BPSD-registret i demensomvårdnaden
- Att följa statistik samt analysera resultat och åtgärda

Registrerade enligt BPSD 2013:

95 registrerade patienter

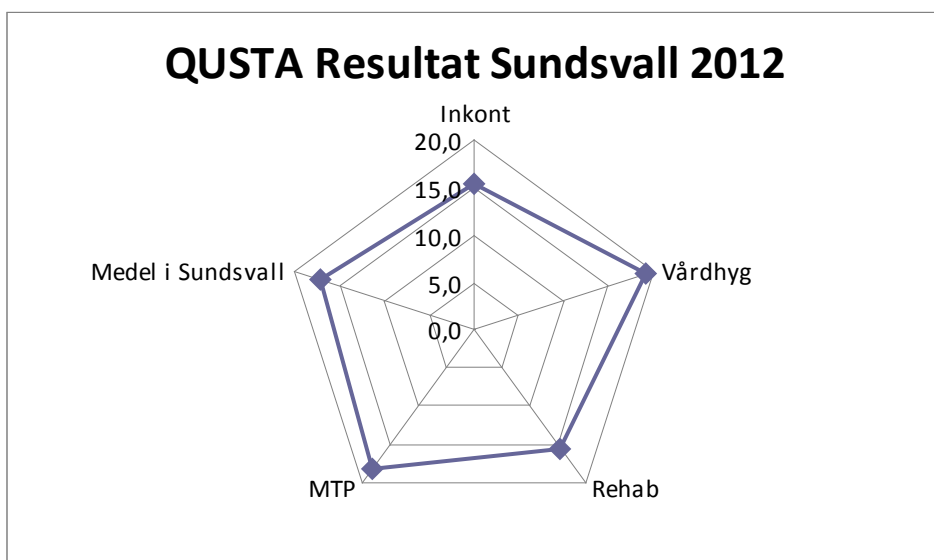
44 skattningar (flera skattningar kan gälla samma patient)

## 4. Kvalitetsuppföljning

### 4.1 Kvalitetsinstrumentet Qusta – Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn, ansvar

Kommunen ska erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård på lika villkor för alla som bor inom kommunens särskilda boenden. Kommunen ska dessutom erbjuda en god rehabilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. MAS och verksamhetschef ansvarar för att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet i kommunens särskilda boendeformer. Västernorrlands läns MAS-nätverk har ett fastställt kvalitetsinstrument som heter Qusta. Det består av ett antal nationellt fastställda indikatorer som används vid kvalitetsuppföljning. Det webbaserade instrumentet bygger på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha kunskap om de riktlinjer och rutiner som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården.

Kvalitets arbetet med instrumentet Qusta har ej varit möjligt att följa upp under år 2013 på grund av tidsbrist för MAS.



#### Medelvärde Sundsvall

Inkontinens	Vårdhygien	Rehabilitering	Medicintekniska produkter	Medel
15,3	18,9	15,5	18,4	17,0

## 5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

### 5.1 Avvikelser

All verksamhet inom vården är omfattande, komplex och i vissa avseenden riskfylld. Målet är att ingen avvikelse ska inträffa som hade kunnat förebyggas.

En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Patient/närstående ska informeras och göras delaktiga i säkerhetsarbetet.

Avvikelser kan vara relaterade till den medicinska behandling, omvårdnad, rehabilitering eller medicintekniska produkter. Det kan vara brister i fråga om mänsklig faktor, teknik eller organisation. Avvikelser kan också förorsakas av brister i samverkan genom vårdkedjan (vårdens övergångsställen).

Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. En säker och trygg miljö, för både patient och anställd uppnås om det finns en gynnsam säkerhetskultur. Alla avvikelser identifieras och analyseras för att få kunskap om vilka åtgärder som ska vidtas för att öka patientsäkerheten. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. Flödesschema för avvikelshantering, se bilaga 2.

Avvikelser rapporteras i datorsystemet Flexite som har omarbetats under hösten 2013 för att anpassas till övertagandet av hemsjukvården. Ny rutin för avvikelshantering kommer att implementeras under våren 2014.

#### **Under år 2013 rapporterades 426 avvikelser till MAS fördelade på:**

- **295 läkemedel**
- **115 fallskador**
- **13 omvårdnad**
- **2 medicinteknik**
- **1 kvävning**

**Under 2013 skickade MAS tre utredningar enligt anmälan Lex Maria till Socialstyrelsen.**

#### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att implementera ny rutin för avvikelshantering

### 5.2 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerade) överlåter en arbetsuppgift till reellt kompetent personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist och delegationer ska regelbundet följas upp. Ytterst ansvarig för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten är MAS.

MAS har upprättade riktlinjer och rutiner för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård i verksamheten med syftet att säkra kvaliteten för patienterna. Att uppföljning av delegerade arbetsuppgifter sker är en viktig del av rutinen där förbättringsarbete behöver ske.

**Antalet delegeringar var vid mätning i december år 2013 ca 975 motsvarande ca 23 per sjuksköterska.**

**Vid samma mätning fanns inga delegerade arbetsuppgifter från sjukgymnast och arbetsterapeut.**

#### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att utarbeta en modell för kvalitet och säkerhet vid delegering

### **5.3 Läkemedels hantering**

Hantering av läkemedel är ett stort arbetsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den innefattar ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring.

MAS är ytterst ansvarig för att fastställa övergripande ändamålsenliga rutiner för läkemedels-hanteringen. Områdeschef och sjuksköterska upprättar utifrån MAS rutin en lokal arbetsordning för läkemedelshanteringen på enheten och följer upp den årligen.

Vid förfrågan till verksamheten från MAS framkommer skiftande arbetsordning gällande hantering av nycklar till läkemedelsskåp.

#### **Läkemedelsavvikelser**

Sjuksköterska har ansvar för hantering och administrering av läkemedel i de fall patienten inte klarar detta på egen hand. Genom delegering kan sjuksköterska överlåta administreringen av läkemedel till omvårdnadspersonal.

Doser iordningställs av sjuksköterska i dosett eller via Apotek i doseringshjälpmedlet Apodos, ibland ges doser ur originalförpackning.

Den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshantering är utebliven dos på grund av glömska och/eller bristande kommunikation.

**Inom Sundsvalls kommuns särskilda boenden finns ca 1100 platser där det administreras ca 1,2 miljoner doser varje år.**

	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<b>Fel dos till patient</b>	24	22	31
<b>Fel läkemedelspreparat till patient</b>	4	8	4
<b>Förväxlingsfel mellan patienter, tidpunkt etc</b>	13	27	19
<b>Läkemedel givet på ett felaktigt sätt</b>	1	2	8
<b>Utebliven ordinerad behandling</b>	105	180	208
<b>Sen behandling</b>	17	21	25
<b>Allergisk reaktion vid känd överkänslighet</b>	0	0	0

## Läkemedelsavvikelser i vårdens övergångar

Det är allmänt känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelshanteringen är särskilt vanliga i vårdens övergångar när patienten byter vårdgivare.

En korrekt ordinationslista är en förutsättning för att sjuksköterska/läkare ska kunna bedöma en patients tillstånd, behandlingseffekter, risker, interaktioner samt biverkningar. Många äldre patienter har en komplicerad sjukdomsbild och behandlas med flera läkemedel. Detta ökar risken för läkemedelsrelaterade problem med inläggning på sjukhus och ibland dödsfall som följd.

Västernorrlands läns Läkemedelskommitté arbetar med kvalitetsförbättringar inom området. Det finns en samverkansgrupp i Västernorrland för äldres läkemedelsanvändning med ordförande, geriatriker, distriktsläkare, apotekare samt kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor som arbetar med ständiga kvalitetsförbättringar.

## Årlig nulägesbeskrivning av läkemedelsanvändning inom äldreboenden

En stor andel äldre behöver läkemedel men behandlingen ska vara så individuell och optimal som möjligt eftersom många läkemedel hos den äldre människan kan påverka hälsan negativt. Problem med balans, oro, trötthet och minne är vanliga vid behandling med alltför många läkemedel.

En kartläggning av läkemedelsanvändningen vid länets särskilda boenden görs årligen på en bestämd dag i samverkan med Läkemedelskommittén, den så kallade nulägesrapporten. Utifrån resultatet genomförs utbildningar i samverkan för hälso- och sjukvårdspersonal.

### Antal läkemedel per patient i särskilt boende

	2011	2012	2013
Stående ordination	6,6	6,3	6,3
Vid behovs ordination	2,2	3,2	2,1

### Sömnmedel

	2011	2012	2013
Stående ordination	ca 22 %	ca 18 %	ca 16 %
Vid behovs ordination	ca 13 %	ca 11 %	ca 13 %

### Neuroleptika

	2011	2012	2013
Stående ordination	ca 11 %	ca 10 %	ca 10 %
Vid behovs ordination	-	-	-

### NSAID

	2011	2012	2013
Stående ordination	ca 1 %	ca 1 %	ca 1 %
Vid behovs ordination	-	-	-

### Laxermedel

	2011	2012	2013
Stående ordination	ca 40 %	ca 44 %	ca 45 %
Vid behovs ordination	ca 27 %	ca 28 %	ca 29 %

### Tramadol

	2011	2012	2013
Stående ordination	-	ca 1 %	ca 1 %
Vid behovs ordination	-	ca 0,7 %	ca 0,5 %

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att medvetandegöra sjuksköterskorna (ssk) om nuläge
- Att medvetandegöra ssk om olämpliga läkemedel för äldre
- Att fortsätta samverka med Läkemedelskommittén

### **Läkemedelsgenomgångar**

Regelbundna läkemedelsgångar som syftar till en optimal individuell läkemedelsbehandling ökar kvaliteten och säkerheten för patienten.

Läkemedelsgenomgångar ska enligt författning göras minst en gång per år för alla personer i särskilt boende (SOSFS 2001:17).

Processen med läkemedelsgenomgång innebär att sjuksköterska informerar patient/närstående både muntligt och skriftligt. Ett symtomskattningsformulär med frågor om patientens hälsotillstånd ska fyllas i av sjuksköterska tillsammans med patient/anhörig alternativt patientens kontaktman som är en för patienten särskild utsedd personal.

Sjuksköterska kontrollerar att läkemedelslistan stämmer med hur patienten tar sina läkemedel. Ett team bestående av läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal träffas och diskuterar tänkbara läkemedelsförändringar och/eller omvårdnadsåtgärder. Läkare beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas och i vilken ordning, information förmedlas till patient/närstående. Läkemedelsgenomgången dokumenteras av sjuksköterska och läkare i respektive journal. Senast tre månader efter läkemedelsgenomgången görs uppföljning. Sjuksköterska observerar om genomförda förändringar lett till att patientens tillstånd har förändrats.

**Under 2013 genomfördes ca 480 läkemedelsgenomgångar, det vill säga för knappt hälften av boendeplatserna inom särskilt boende (ca 1100 platser).**

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att öka antalet läkemedelsgenomgångar i verksamheten
- Att fortsätta samverka med landstinget kring läkemedelsgenomgångar

### **5.4 Kvalitetsgranskning av Apoteket**

Extern kvalitetsgranskning ska årligen genomföras inom de 12 enheter som har akutläkemedelsförråd. Länsövergripande upphandling av tjänsten har skett under 2013 men någon extern granskning har inte genomförts under året i verksamheten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att extern granskning sker.

Rutiner och ansvarsfördelning för läkemedelshantering finns dokumenterade i en lokal instruktion. Områdeschef för enheten ansvarar för att lokala rutiner upprättas och följs.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att initiera kvalitetsgranskning utifrån nytt avtal

## 5.5 Fallskador

Ett stort riskområde inom kommunal hälso- och sjukvård är fallskador. Konsekvenser av en äldres fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till en lång tids rehabilitering. Falltillbud är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar.

Förebyggande risk och åtgärdsarbete via nationella registret Senior alert är av central betydelse och ska användas i fallförebyggande arbete inom kommunens särskilda boenden. Alla fall som inträffar ska handläggas enligt MAS rutin. Alla fallskador rapporteras som en avvikelse enligt samma rutin. Fall och fallskador ska dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

### Under 2013 rapporterades 94 fallskador, därav 47 frakturer

	2011	2012	2013
Fallskador	64	83	94
Fraktur	43	50	47
Mjukdel	21	28	36

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert och lokal rutin
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för fall/fallskada

## 5.6 Trycksår

Trycksår definieras som en skada av huden och underliggande vävnad, orsakad av tryck eller skjuv eller en kombination av dessa. Skjuv är en förskjutning av vävnadslagren i förhållande till varandra. Trycksår kan förebyggas och undvikas, prevention sker via Senior alert. Trycksår är en vårdskada som alltid ska registreras som en avvikelse.

### Förekomst av trycksår

Antal trycksår ligger på en oförändrad nivå jämfört med tidigare år.

Oroande är att ett stort antal av dessa uppstår inom kommunens särskilda boenden.

	2011	2012	2013
Äldreboenden	26	24	24

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för trycksår



## 5.7 Inkontinens

Att inte kunna hålla eller läcka urin är ett stort problem för många äldre som påverkar livskvaliteten starkt negativt. Den äldre patienten får svårt att vara aktiv och kan känna sig socialt begränsad. Detta är en av de vanlig orsak till att den äldre behöver flytta till ett särskilt boende. Inkontinens tillhör inte det normala åldrandet, ofta handlar det om samverkande faktorer som att inte hinna till toaletten i tid eller kan vara biverkan av läkemedel. Många äldre får även störd nattsömn med fallrisk som följd. Alla som har problem med inkontinens har rätt till utredning och behandling.

NIKOLA ([www.nikola.nu](http://www.nikola.nu)) är ett nationellt nätverk som administreras av Hjälpmedelsinstitutet. Syftet med nätverket är att kvalitetssäkra utredning, bedömning, planering, åtgärder och utvärdering för inkontinens.

Utbildning för sjuksköterskor i förskrivarstödet NIKOLA har skett under året.

För den äldre patienten kan små åtgärder som att få toalettassistans eller träning vara betydelsefullt. Läckagemätning under ett par dygn kvalitetssäkrar hjälpmedel vid inkontinens. Sjuksköterska ansvarar för att vid behov upprätta en hälsoplan i hälso- och sjukvårdsjournalen och förskriva hjälpmedel.

Kvalitetsarbete inom individuell inkontinensvård har initierats av MAS och påbörjats under året.

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att upprätta rutin för inkontinens utifrån vårdprogram för länet
- Att öka användning av [www.nikola.nu](http://www.nikola.nu) som stöd vid utredning av inkontinens och förskrivning av inkontinenshjälpmedel

### Kvarliggande urinkateter (KAD)

Kvarliggande urin i blåsan är oftast en indikation för KAD. Eftersom KAD är den dominerande orsaken till vårdrelaterade urinvägsinfektioner bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikatorerna för användande och att begränsa behandlingstiden. Målet är att alla patienter ska ha genomgått en medicinsk utredning och fått en diagnos innan behandlingen påbörjas. Sjuksköterska ansvarar för att en ordination finns i hälso- och sjukvårdsjournalen för skötsel och uppföljning samt förskriver hjälpmedel.

### Mätning av antal personer med behandling av kvarliggande urinkateter (KAD)

Vid 2013 års mätning hade **66** patienter en KAD.

Dokumenterad utredning och fastställd diagnos för behandling av kvarliggande urinkateter är ett viktigt förbättringsområde eftersom det är av största vikt att sjuksköterskan har rätt information kring behandling och skötsel för att inte allvarliga komplikationer ska uppstå.

## Förekomst av kvarliggande urinkateter

	2011	2012	2013
Äldreboenden	80	66	66

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att upprätta rutin för omvårdnad vid behandling med KAD
- Att fortsätta arbetet med upprättande av ordination vid KAD

## 5.8 Vårdhygien

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är basala hygienrutiner av största vikt för att förhindra smittspridning. Det globala resistensläget försämras snabbt och det är av största vikt att spridning av Multi Resistent Bakterier (MRB) förebyggs.

**Vid prevalensmätning för år 2013 i hälso- och sjukvårdsjournalen under sökordet "Smitta" fanns 17 anteckningar om förekommande smitta. ( År 2012 fanns 15 anteckningar)**

Magsjuka förorsakat av calicivirus så kallad vinterkräksjuka är ett smittämne som numera förekommer året om. Rutin finns för hantering av utbrott, registrering och rapportering till smittskyddsmyndigheten.

Kunskap om basal hygien är god inom äldreomsorgens särskilda boenden men behöver repeteras kontinuerligt. Vid frågeställning till verksamheten framgår att det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas med självskattning, förbättrade rutiner och kontinuerlig analys.

Som ett stöd till kommunen för att upprätthålla en hög hygienisk standard enligt lagstiftarens krav ska smittskyddsmyndigheten biträda med vårdhygienisk expertis. Ett avtal finns i samverkan med fyra kommuner i Västernorrland vilket innebär infektionsförebyggande arbete med utbildning, rådgivning i enskilda ärenden, information, konsult hjälp vid utredning, uppdatering av vårdhygienisk information samt rådgivning. Uppdraget i de fyra kommunerna utförs av hygiensjuksköterska inom 50 % tjänst.

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbeta enligt fastställd rutin
- Att omförhandla och revidera avtal om vårdhygien

## 5.9 Nutrition

Vid för litet intag av energi och näring ökar risken för undernäring som i sin tur ökar risken för komplikationer och ökade omvårdnadsinsatser. Trycksår kan uppstå och svårigheter med rehabilitering leder till försämrad livskvalité. Den äldre och sjuka människans nutrition måste

behandlas med krav på utredning, diagnos, mål, ordination och uppföljning. Sjuksköterska har omvårdnadsansvaret för patientens näringstillstånd. Det omfattar att identifiera problem med mat och vätskeintag samt följa upp att patienten får näringstillskott enligt givna ordinationer. Lokala riktlinjer finns i verksamheten och alla patienter inom särskilt boende ska bedömas enligt Senior alert och åtgärder sätts in vid nutritionsproblem.

#### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för undernäring
- Att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar
- Att fortlöpande mäta, åtgärda och följa upp nattfasta

#### **5.10 Munhälsa**

God munhälsa är en förutsättning för god nutrition och välbefinnande. Många äldre har problem med munhälsa och många läkemedel har muntorrhet som biverkan.

Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år samt intyg om nödvändig tandvård till reducerad kostnad. De flesta tackar ja till att tandhygienist gör hembesök och bedömer munhälsan tillsammans med patientens kontaktman. Ett munvårdskort upprättas om hur munhälsan ska skötas och omvårdnadspersonal informeras.

Tandvården ska även utbilda omvårdnadspersonal i munhälsa årligen enligt avtal.

#### **5.11 Rehabilitering**

Kommunen ansvarar för rehabilitering i särskilt boende, korttidsboende samt dagverksamhet.

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär:

- att patienten ska vara delaktig i sin egen rehabilitering eller habilitering
- att processen utgår från en helhetssyn
- att processen har fokus på det friska samt är framtidsinriktad

Patient som är i behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska förskrivas och utprovas av behörig personal och ADL-status ska upprättas om behov finns.

Sjukgymnast ansvarar för träning, rådgivning, utprovning och förskrivning av vissa hjälpmedel. Arbetsterapeut ansvarar för att bedöma, stödja och träna förmågor som behövs för ett dagligt liv. Arbetsterapeut utprovar och förskriver hjälpmedel som underlättar i rehabilitering och dagligt liv.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att fortsätta arbeta med balansgrupper

### 5.12 Medicinteknik

Medicintekniska produkter (MTP) ska användas utifrån rätt indikation och på rätt sätt av utbildad personal. Produkten utprovas och förskrivs av legitimerad personal. Omvårdnadspersonal utbildas och instrueras i handhavande av produkterna generellt samt vid specifika ärenden gällande enskild patient. Skriftliga riktlinjer och rutiner finns i verksamheten för förskrivningsprocessen samt handhavande och kontroll av produkter.

**Avvikelser kring medicintekniska produkter ska rapporteras enligt rutin och under år 2013 rapporterades 2 handhavande och/eller produktfel.**

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att lokal rutin efterföljs på enheten för kontroll, säkerhet och hygien kring produkterna

### 5.13 Dokumentation

Syftet med dokumentation är att i första hand ge patienten en säker och god vård. I Patientdatalagen (2008:355) förklaras att syftet med att föra patientjournal också innebär en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav samt uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal inom äldreomsorg och socialpsykiatri.

I Hälso- och sjukvårdsjournalen ingår bakgrundsinformation om patienten, aktuellt hälsotillstånd samt hälsoplaner med ordinationer från legitimerad personal till omvårdnadspersonal för att förebygga risker, åtgärda omvårdnads och rehabiliteringsproblem samt bibehålla funktioner.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården används en datorbaserad hälso- och sjukvårdsjournal. Dokumentationen är uppbyggd utifrån socialstyrelsens rekommendation med ICF (WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health) klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Syftet med ICF är ett standardiserat språk för vård och omsorg samt en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Dokumentation sker av all legitimerad personal i den gemensamma hälso- och sjukvårdsjournalen.

En dokumentationsutvecklare arbetar kontinuerligt mot legitimerad personal.

## Säkerhetskontroll via loggning av aktiviteter i Procapita +HSL

Loggkontroll utförs varje vecka för att kontrollera att informationen hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner.

Kontroller utförs i form av stickprov genom 20 slumpmässigt utvalda legitimerade som varit aktiva i systemet föregående vecka.

Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournalen förekommit.

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med en uppdaterad och fullständig hälso- och sjukvårdsjournal
- Att fortlöpande granska dokumentation av hälso- och sjukvård

## 5.14 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

I länet finns sedan tidigare ett nätverk mellan landsting och kommunerna för att förbättra samverkan för patienter med demenssjukdom. Under 2013 anställdes en länssamordnare 50 % för att främja samverkan. Utbildningsdagar för länet finansieras av kommunförbundet och ingår i satsningen "Bättre liv för sjuka äldre".

Kommunen har en demensvårdsutvecklare som har en samordnande funktion, ger råd och stöd till anhöriga samt utbildar och handleder personal.

Under 2013 anordnades utbildning under två dagar för samtliga sjuksköterskor.

**Till och med 2013 har ca 1400 personal utbildats i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.** Fortlöpande utbildning har skett nyanställd personal samt vikarier.

Införandet av det nationella registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) har som syfte att med omvårdnadsåtgärder minska symtom och lidande samt därigenom öka livskvaliteten för den drabbade. Implementering av registret påbörjades under år 2012 och har pågått under 2013.

**Totalt har 44 patienter registrerats och 95 skattningar av symtom genomförts med hjälp av registret BPSD motsvarande ca 10 % av Sundsvalls kommuns platser för personer med demenssjukdom.**

**Hittills har 25 team (chef, sjuksköterska, undersköterska) gått utbildning i registret.**

Inom kommunen finns fem undersköterskor med särskild utbildning i BPSD, dessa handleder personal i specifika omvårdnadssituationer vid demenssjukdom.

Anhörigutbildning i samarbete med landstinget genomfördes två gånger under 2013, sammanlagt deltog ca 50 personer.

Anhörigstödjare samt ett anhörigcenter finns där två anhörigkonsulenter finns att tillgå, flera träffpunkter finns i kommunen. [www.sundsvall.se/Omsorg-och-hjalp/Aldre/Demens/](http://www.sundsvall.se/Omsorg-och-hjalp/Aldre/Demens/) En person från det nationella nätverket för unga anhöriga till personer med demenssjukdom har inbjudits och föreläst i Sundsvalls kommun under 2013. [www.unganhörig.se/](http://www.unganhörig.se/)

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar**

- Att fortsätta arbetet med att utbilda personal i Demens ABC
- Att fortsätta arbetet med införandet av registret BPSD
- Att fortsätta arbeta utifrån de nationella riktlinjerna

### 5.15 Genomförda personalutbildningar

- Kontinuerlig utbildning inom hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita+HSL för nyanställd personal
- Introduktion av kvalitetsregistret BPSD inom demensomvårdnad
- Demensomvårdnad ABC och de nationella riktlinjerna
- Läkemedelsstämma för sjuksköterskor
- Diabetesinformation för sjuksköterskor
- Sjuksköterskans kliniska bedömning steg1 och 2
- Förskrivningsstödet NIKOLA för sjuksköterskor
- Fortbildning – temadagar inom varierande områden av hälso- och sjukvård

## 6. Samverkan för att förebygga vårdskador

För att patienterna ska få en god och säker vård krävs samverkan genom hela vårdkedjan. Det behövs information för att planera patientens vård och omsorg som sedan överförs mellan olika vårdgivare i samband med att en patient flyttar från en vårdgivare till en annan.

Avvikelser i vårdkedjan ska delges respektive vårdgivare och redovisas i en samverkansgrupp för landsting och kommun. Någon aktiv samverkansgrupp under år 2013 har inte funnits på grund av att fokus till stora delar har varit på arbetet med hemsjukvårdsövertagandet. Gruppens syfte är att identifiera, analysera, åtgärda och följa upp vårdkedjeproblematik.

Rutin för informationsöverföring mellan vårdgivarna i Västernorrlands län beslutades år 2011 och har uppdaterats under 2013.

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att återuppta samverkan med landstinget

### 6.1 eHälsa

Nationell eHälsa är namnet på den strategi för vård och omsorg som regeringen beslutade om och uppdaterade år 2010. Visionen för eHälsa är rätt information till rätt person vid rätt tillfälle. Stimulansmedel fördelas till länen efter överenskommelse mellan kommuner och landsting.

Genom arbetet med eHälsa ska följande syften uppnås:

- Öka invånarnas insyn, delaktighet och tillgänglighet till socialtjänsten
- Ge medarbetarna tillgång till säker och relevant information i det dagliga arbetet
- Ge beslutsfattare ett heltäckande, aktuellt och pålitligt underlag för styrning, uppföljning och löpande förbättringsarbete
- Effektivisera verksamheten
- Skapa bättre förutsättningar för forskning och utveckling av nya metoder och rutiner

Sedan 2010 har regeringen satsat 20 miljoner kronor de första två åren och 2012 satsades 40 miljoner kronor till Sveriges alla kommuner. Medlen har använts till regionala samordnare, till att utveckla tekniska infrastrukturer och ett nationellt fackspråk inom socialtjänsten. Samordnarens uppgift är att driva utveckling och implementering av nya arbetssätt, sprida kunskap samt upprätthålla regionala nätverk.

Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer och andra med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygga och delaktiga i samhället. Exempel på teknik är trygghetslarm, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet samt ett mobilt arbetssätt.

I Sundsvalls kommun har säker behörighetsidentifikation (SITHS) via kort införts till legitimerad personal. Förberedelse inför anslutning till den nationella patientöversikten (NPÖ) har pågått under 2013 med kommunen som konsument i ett första läge med sikte på att framöver även bli producent. Arbetet med säker information har påbörjats under 2013.

## 6.2 Övertagande av hemsjukvård

Avtal om övertagande av hemsjukvård mellan Landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrlands län har tecknats vilket innebär att kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvård från landstinget i ordinärt boende och boende med särskild service enligt LSS (Lagen om stöd och service) som tillhandahålls av distriktssköterska/ sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Avtalet omfattar även förskrivning av och kostnadsansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

Ansvarsfördelningen utgår från den så kallade tröskelprincipen vilken innebär att utgångspunkten är att patienten ska uppsöka vårdcentralen vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och kommunen ansvarar för planerade och oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser i patientens hem.

Ett lokalt projekt har pågått i Sundsvalls kommun under 2013 för att förbereda övertagandet gällande patienter och personal.

## 6.3 Ny organisation för hälso- och sjukvård inom kommunen

En ny organisation för hälso- och sjukvård har inrättats under 2013 med ett eget affärsområde. Affärsområdet innefattar all legitimerad personal samt dagvård, anhörigstöd, demensvårdsutvecklare och dokumentationsutvecklare.

Affärsområdeschef innehar även uppdraget som verksamhetschef för hälso- och sjukvård inom kommunen.



## 7. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

Bestämmelsen om det personliga yrkesansvaret har i sak oförändrat förts över till den nya patientsäkerhetslagen (PSL), tidigare lagen om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Genom PSL infördes en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Vårdgivaren står under Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn och ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Alla negativa händelser och tillbud ska identifieras och analyseras för att få kunskap om vilka åtgärder som ska vidtas för att öka patientsäkerheten. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras.

## 8. Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienten/närstående ska stärkas genom delaktighet i omvårdnaden.

Vårdgivaren är skyldig att snarast informera en patient som drabbats av eller riskerat att drabbas av en vårdskada. Information ska även ges om vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Patienten ska även informeras om möjligheten att anmäla klagomål till IVO, begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) och/eller enligt läkemedelsförsäkringen samt informeras om kommunens förtroendenämnd.

Sundsvalls kommuns förtroendenämnd erhöll under år 2013 fyra ärenden från landstingets Patientnämnd-Etiska nämnd.

**Patientnämndens – Etiska nämndens verksamhetsberättelse för år 2013 visar 6 ärenden för Sundsvalls kommun.**

Informationen ska även på patientens begäran eller om patienten inte kan ta emot informationen lämnas till den närstående.

Uppgift om den information som har lämnats ska dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

**Kommunen har en rutin för klagomål och synpunkter på hemsidan:**

<http://synpunkt.sundsvall.se/>

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att stärka samverkan med patient, anhörig/närstående

### 8.1 Samverkansavtal om läkarmedverkan

Avtal om läkarmedverkan inom kommunernas särskilda boenden tecknades 2012-05-01 mellan landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland.

Gemensamma mål är:

- Att den enskildes behov av adekvat medicinsk vård, trygghet och god tillgänglighet tillgodoses samt att vården ges på rätt nivå
- Att vården och omsorgen präglas av delaktighet, kompetens, kontinuitet, samarbete och hög servicenivå
- Att läkare medverkar i vården på ett sådant sätt att målgruppens ofta högt prioriterade vårdbehov tillgodoses

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende. Avtalet är länsövergripande och ska följas upp årligen av Socialchefsgruppen och Landstingsstabens beställning. På lokal nivå tecknas överenskommelser mellan vårdcentral där man har läkaransvaret och respektive särskilt boende.

## 9. Övergripande mål och strategier för kommande år 2014

### 9.1 Mål

**Varje patient ska känna sig trygg och säker** i sin kontakt med kommunens hälso- och sjukvård.

**Varje medarbetare ska ha förutsättningar** att utföra arbetet på ett sådant sätt att en säker och god vård kan ges.

**Ett ledningssystem inom hälso- och sjukvård** ska upprättas för verksamhetens kvalitet.

**Övertagandet av hemsjukvården** ska följas ur patientsäkerhetssynpunkt.

**Nationellt projekt för införandet av nya eHälsatjänster** ska fortgå.

### 9.2 Strategier och planerade åtgärder

- **Fortsätta arbetet med att upprätta ett ledningssystem med systematisk egenkontroll för hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**
- **Fortsatt samarbete mellan funktionerna MAS och verksamhetschef för hälso- och sjukvård**
- **Fortsatt kvalitetsarbete i läkemedelsfrågor tillsammans med Landstinget med fokus på läkemedelsgenomgångar**
- **Fortsatt utveckling, granskning och uppföljning av dokumentation inom hälso- och sjukvård**
- **Fortsatt arbete med kvalitetsregister**
- **Riskbedömning av munhälsa i kvalitetsregistret Senior alert**
- **Fortsatt införande av eHälsatjänster, NPÖ (Nationella patientöversikten) och PRATOR med samordnad individuell planering mellan vårdgivare (SIP)**
- **Uppdatering och revidering av rutiner för kommunal hälso- och sjukvård i samråd med nätverket för MAS i länet**
- **Fortsatt arbete med registret BPSD, (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)**
- **Stärka samverkan med landstinget kring patientsäkerhet**
- **Följa upp avtal om läkarmedverkan**
- **Fortsatt samverkan med länets övriga kommuner i hälso- och sjukvårdsfrågor via gemensamma träffar**

2014-02-21

## Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

Område	Ansvarig	Uppföljning
<b>Senior alert</b> Att händelser (viktninskning, trycksår och fall)ska registreras i så stor utsträckning som möjligt.	Sjuksköterska	PSB 2014
Att det finns planerade/pågående förebyggande åtgärder där risk framkommit	Sjuksköterska	PSB 2014
Att fortsatt implementeringen av riskbedömning för munhälsa (ROAG)	Verksamhetschef HSL/ Områdeschef	PSB 2014
Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda	Områdeschef	PSB 2014
<b>Palliativa registret</b> Att initiera informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående	Sjuksköterska	PSB 2014
Att smärtskattning sker enligt Abbey Pain Scale	Sjuksköterska	PSB 2014
Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda	Områdeschef	PSB 2014
<b>BPSD-registret</b> Att fortsätta arbetet med implementering av BPSD-registret i demensomvårdnaden	Demensvårdsutvecklare/ Områdeschef	PSB 2014
Att följa statistik samt analysera resultat och åtgärda	Områdeschef	PSB 2014
<b>Avvikelser</b> Att implementera ny rutin för avvikelshantering	MAS/ Verksamhetschef HSL/ Områdeschef	PSB 2014
<b>Delegering</b> Att utarbeta en modell för kvalitet och säkerhet vid delegering	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
<b>Läkemedel</b> Att fortsätta medvetandegöra sjuksköterskorna (ssk) om olämpliga läkemedel för äldre	MAS	PSB 2014
Att medvetandegöra ssk om nuläge	MAS	PSB 2014
Att fortsätta samverka med Läkemedelskommittén	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014

Område	Ansvarig	Uppföljning
<b>Läkemedelsgenomgång</b> Att öka antalet läkemedelsgenomgångar i verksamheten	Sjuksköterska/Områdeschef/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
Att fortsätta samverkan med landstinget kring läkemedelsgenomgångar	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
<b>Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd</b> Att initiera kvalitetsgranskning utifrån nytt avtal	Verksamhetschef HSL	PSB 2014
<b>Fall och fallskador</b> Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert och lokal rutin	Sjuksköterska/ Rehab/ Områdeschef	PSB 2014
Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för fall, fallskada	Dokumentationsutvecklare HSL /Leg. personal	PSB 2014
<b>Trycksår</b> Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert	Sjuksköterska/ Områdeschef	PSB 2014
Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för trycksår	Dokumentationsutvecklare HSL / Sjuksköterska	PSB 2014
<b>Inkontinens</b> Att upprätta rutin för inkontinens utifrån vårdprogram för länet	MAS	PSB 2014
Att öka användningen av www.nikola.nu som stöd vid utredning av inkontinens och förskrivning av inkontinens hjälpmedel	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
<b>Urinkateter</b> Att upprätta rutin för omvårdnad vid urinkateter behandling utifrån vårdprogram för länet	MAS	PSB 2014
Att fortsätta arbetet med upprättande av ordination vid kvarliggande urinkateter	Dokumentationsutvecklare HSL / Sjuksköterska	PSB 2014
<b>Vårdhygien</b> Att fortsätta arbeta enligt fastställd rutin	Verksamhetschef HSL/ Områdeschef	PSB 2014
Att omförhandla och revidera avtal om vårdhygien	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
Att revidera riktlinje för grundläggande vårdhygien	MAS	PSB 2014
<b>Nutrition</b> Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert	Områdeschef/ Sjuksköterska	PSB 2014
Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för undernäring	Dokumentationsutvecklare HSL / Sjuksköterska	PSB 2014
Att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar	Sjuksköterska/ Områdeschef	PSB 2014
Att fortlöpande mäta, åtgärda och följa upp nattfasta	Sjuksköterska/ Områdeschef	PSB 2014

Område	Ansvarig	Uppföljning
Att fortsätta arbeta med balansgrupper	Verksamhetschef HSL/ Områdeschef rehab/ Sjukgymnast	PSB 2014
<b>Medicinteknik</b> Att lokal rutin efterföljs på enheten för kontroll, säkerhet och hygien kring produkterna	Områdeschef/ Hjälpmiddelsombud	PSB 2014
<b>Dokumentation</b> Att fortsätta arbetet med en uppdaterad och fullständig hälso- och sjukvårdsjournal	Dokumentationsutvecklare HSL /Leg. personal	PSB 2014
Att fortlöpande granska dokumentation av hälso- och sjukvård	MAS/ Dokumentationsutvecklare HSL	PSB 2014
<b>Vård av personer med demenssjukdom</b> Att fortsätta arbetet med att utbilda personal i Demens ABC	Demensvårdsutvecklare/ Områdeschef	PSB 2014
Att fortsätta arbetet med införandet av registret BPSD	Demensvårdsutvecklare / Verksamhetschef HSL	PSB 2014
Att fortsätta arbeta utifrån de nationella riktlinjerna	Demensvårdsutvecklare / Områdeschef	PSB 2014
<b>Samverkan</b> Att stärka samverkan med landstinget	MAS/ Verksamhetschef HSL	PSB 2014
Att stärka samverkan med patient, anhörig/närstående	Områdeschef/ Leg, personal/ Kontaktman	PSB 2014

## Flöde HSL avvikelse i datasystemet Flexite

