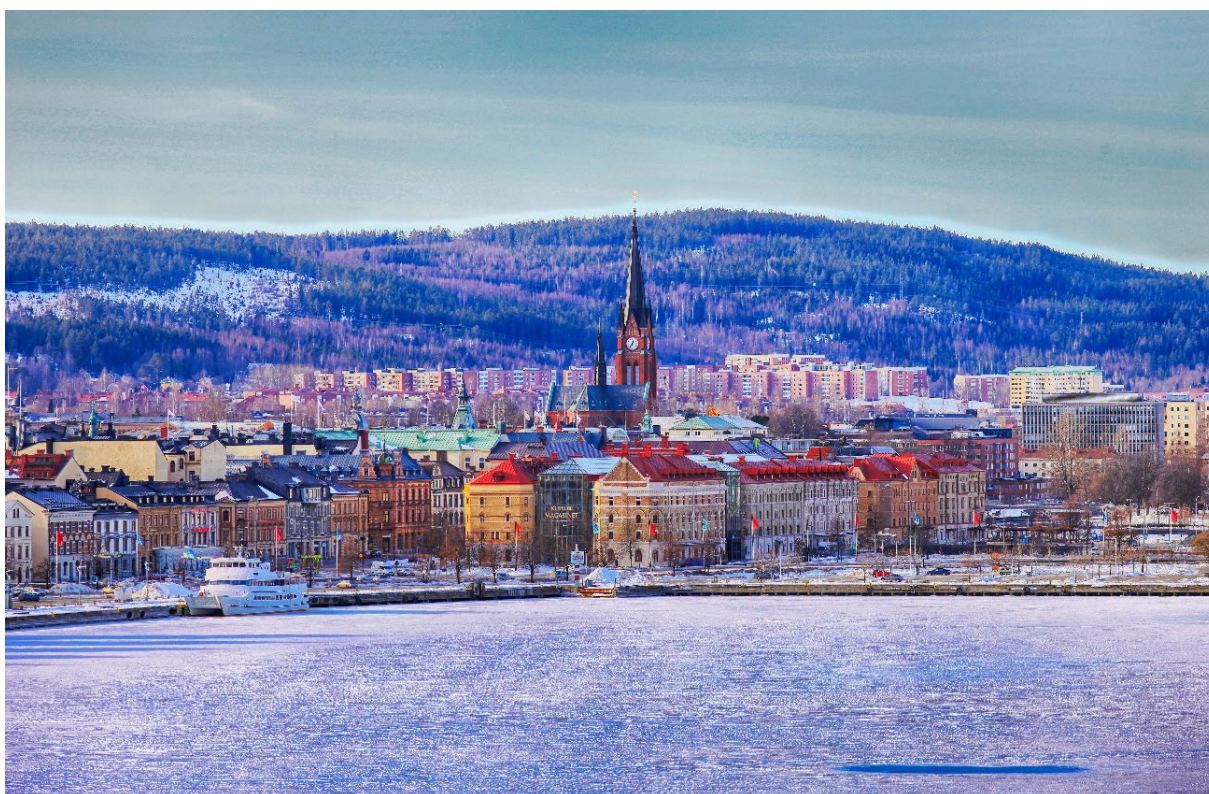


# Patientsäkerhetsberättelse

2019



Denna rapport är författad av Annika Eriksson verksamhetschef, Anders Engelholm Medicinskt ansvarig sköterska och Gurli Edlund Medicinskt ansvarig sköterska. Sundsvall den 10 februari 2020.

---

---

## Förord

En god vård kännetecknas av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, jämlik och tillgänglig. Det är det samlade arbetet som leder till en vård av god kvalitet. En hög patientsäkerhet kännetecknas av att patienten och personalen är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, att det finns en god patientsäkerhetskultur och genom ett aktivt riskförebyggande förhållningssätt.

Sundsvall ska ha en god säkerhetskultur, ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Vi ska ha en organisation där alla lär av inträffade händelser.

Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

Tillsammans skapar vi en god säkerhetskultur där rutiner och system säkerställer en god och säker vård – i dialog och samverkan med de vi finns till för och deras närstående.

Säkerhet är alltså något som vi skapar tillsammans i vardagen!

Niklas Säwén  
Ordförande  
Vård- och omsorgsförvaltningen

Annika Eriksson  
Verksamhetschef  
Hälso- och Sjukvård

---

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	4
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	6
<b>Organisation och ansvar</b> .....	8
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	9
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	11
<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	11
<b>Egenkontroll</b> .....	12
<b>Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	13
<b>Samverkan vid utskrivning från sjukhus</b> .....	13
<b>Vårdhygien</b> .....	14
<b>Utveckling av läkarmedverkan</b> .....	14
<b>Utveckling av den uppsökande munhälsovården</b> .....	14
<b>Risikanalys</b> .....	15
<b>Informationssäkerhet</b> .....	15
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	16
<b>Egenkontroll</b> .....	17
<b>Avvikelser</b> .....	19
<b>Kvalitetsregister - Resultat</b> .....	21
<b>Mål och strategier för kommande år</b> .....	30

---

## SAMMANFATTNING

Allt fler svårt sjuka skrivs ut från slutenvården med fortsatt behov av vård som kräver hög medicinsk kompetens. Antalet hemsjukvårdspatienter har ökat från ca 2000 individer (år 2014/2015) till omkr. 3000 individer (år 2019). I särskilda boenden har vi ytterligare ca 1 400 individer som också ska tillgodose en god och säker vård.

Då bland annat SCB visar på att tillgång på legitimerad personal förväntas vara oförändrat fram till 2035 behöver vi skapa goda arbetsmiljöer som också stärker patientsäkerhetskulturen. Kommunen behöver också attrahera fler men också behålla den kompetens som finns. Den ökade efterfrågan på hemsjukvård i kommunen kräver både flexibilitet, kompetensväxling och fler som vill vara en del av verksamheten.

### Det kan bli bättre

Vi har mycket i vårt arbete att vara stolta över men vi behöver bli bättre på att identifiera, analysera och återkoppla resultaten i verksamheterna. Avvikelsehantering, händelseanalyser, Senior Alert<sup>1</sup>, Funca<sup>2</sup>, BPSD<sup>3</sup> och Palliativa registret<sup>4</sup> är verktyg till stöd för systematiskt patientsäkerhetsarbete i våra verksamheter. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fortsatt prioriteras år 2020 i samverkan mellan medarbetare och chefer.

### Resultat som uppnåtts under 2019

- Etiska vårdplaner
- Utredning om läkarmedverkan i våra verksamheter
- Demensvårdsutveckling i samverkan och proaktivt arbete
- Förslag till kriterier för demensvårdsenheter på äldreboenden
- Rutin för händelseanalyser utvecklats och börjat tillämpas
- LSS gruppboende att jämföras med särskilt boende upp till sjuksköterskenivå, för en god och säker vård har initierats. Under 2019 har vi påbörjat arbetet med systematiskt patientsäkerhetsarbete vid ca hälften av det femtiotal gruppboendestäder kommunen har inom Stöd och Omsorg.
- Samverkan med MIUN i fyra forskningsprojekt avseende demensvård som ett led i att bli en demensvänlig kommun.
- Analyser av undvikbar slutenvård utvecklas
- Andel SIP som genomförs efter utskrivning från sjukhus ökar

---

<sup>1</sup> Kvalitetsregister för fall, munhälsa, nutrition, blåsdysfunktion och trycksår

<sup>2</sup> Bedömningsinstrument för att bättre tillgodose behov hos personer med funktionshinder

<sup>3</sup> Bedömningsunderlag för vård och omsorg av personer med kognitiv svikt, demens och demensliknande symtom

<sup>4</sup> Kvalitetsregister för att följa omvårdnad och insatser vid vård i livets slut

---

## **Mål för 2020**

Skönsmommodellens utveckling med tvärprofessionella team och i nära samverkan med brukaren/patienten/medborgaren är fortsatt prioriterat.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete av god kvalitet ska utvecklas inom områdena vårdprevention, vård i livets slut och demensvård.

Handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen (Socialstyrelsen).

Händelseanalyser i samband med risk för vårdskada, vårdskada eller lidande för individen i våra verksamheter ska utvecklas vidare. Händelseanalyser ska genomföras tvärprofessionellt och systematiskt för ett organisatoriskt lärande.

Samverkan med primärvård och slutenvård/specialistvård ska utvecklas vidare med målet att skapa sömlösa övergångar mellan olika vårdgivare. Flödet i korttidsvården är av betydelse för att minska undvikbar slutenvård.

Kompetensväxling för kvalitetssäkring av omvårdnadskompetens och vårdhygien skapar bra förutsättningar för en god och säker vård och därmed en ökad patientsäkerhet. Arbetet är initierat och behöver utvecklas vidare i hela verksamheten.

---

## Inledning

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

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

HSLF-FS 2018:10

7 kap. 2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur 1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat, 2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats, 3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, 4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap., 5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och 6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Denna författning träder i kraft den 1 juni 2018.

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

### Mål

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att ge en god och säker vård.

All verksamhet som bedrivs inom ramen för Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård ska vara kvalitetssäkrad och säkerställa att den sker med hög patientsäkerhet och evidensbaserad praktik (vetenskaplig och beprövad erfarenhet). En god vård betyder också att vi ska vara professionella, effektiva och tillgängliga för såväl de som behöver våra insatser som för övriga aktörer som vi ska samverka med.

Hälso- och sjukvård i Sundsvalls kommuns regi bedrivs i förvaltningens samtliga verksamheter. Hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs inom hemsjukvård, särskilda boenden, korttidsboende och dagverksamheter. Hälso- och sjukvårdsinsatserna bedrivs i kompetensområdena upp till legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast distriktssköterska och sjuksköterska. Region Västernorrlands primärvård ansvarar för läkarinsatser i kommunens hälso- och sjukvård.

---

## Strategier

Skönsmomodellen och Vanguard's systemsynsätt ska genomsyra arbetet med medborgaren/patienten/brukaren. Det tvärprofessionella arbetet med tillitsbaserad styrning och ledning är vägledande. Ett medarbetardrivet utvecklingsarbete där brukarens behov identifieras och värdeskapande insatser planeras i samverkan mellan samtliga professioner. Skönsmomodellens arbete stärker patientsäkerheten med daglig kommunikation, kännedom om individer, gemensam planering av insatser och med ett närvarande och engagerat ledarskap.

### Avvikelsehantering

Avvikelsehanteringen är till stöd i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Målet är att minska vårdskador och risken för vårdskador. All personal inom Hälso- och sjukvård – inkluderat medarbetare som utför hälso- och sjukvårdsinsatser är skyldiga att rapportera risker och skador. Syftet är att minimera konsekvenser av mänskliga felhandlingar och skapa en god säkerhetskultur där vi med stöd av avvikelser utvecklar lärandet.

### Klagomål och synpunkter

Alla som kommer i kontakt med kommunens hälso- och sjukvård ska ha möjlighet att lämna förslag, synpunkter och klagomål på verksamheten. Det kan ske via Patientnämnden (PEN) i Region Västernorrland som kommunen är ansluten till, eller direkt till kommunen – exv. via den nya digitala synpunkthanteringen som finns på Sundsvall.se. Målet är att det ska vara lätt att kunna lämna synpunkter och klagomål kring hälso- och sjukvården. Klagomål som lämnas via brev, e-post eller telefonsamtal ska också registreras i klagomålsmodulen och skrivs då av den som mottar klagomålet. Den som lämnat synpunkt eller klagomål ska får svar skyndsamt.

### Kvalitetsregister

I Sundsvalls kommun används fyra kvalitetsregister, som också utgör verktyg i det systematiska säkerhetsarbetet;

- Senior alert – identifiera personer och åtgärda risker kring fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion (inkontinens)
- BPSD-registret – identifiera personer med beteendemässiga och psykiska symtom som har en demenssjukdom
- FUNCA – i likhet med BPSD ett system till stöd i vård och omsorg om personer med funktionshinder som inkluderar läkemedel, bemötande och omsorg
- Svenska Palliativregistret – beskriver hur sista tiden i livet var hos personer som fått vård av kommunen i syfte att utveckla kvalitén.

Målet är att öka användningen av dessa kvalitetsregister och återföra resultat till medarbetarna närmast den enskilde. Följsamhet till arbetet i dessa verktyg bidrar starkast till det systematiska patientsäkerhetsarbetet i kombination med följsamhet till avvikelsehanteringen och händelseanalyser.

---

## Organisation och ansvar

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

Socialnämnden var under 2019 vårdgivare för hälso- och sjukvården med ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård tillgodoses.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en verksamhetschef och medicinskt ansvarig sköterska (MAS) för hälso- och sjukvården inom förvaltningens verksamhetsområde för att tillgodose kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med [Hälso- och sjukvårdslagen 2017](#).

År 2020 bildas Vård- och omsorgsnämnden (VON) och Individ- och arbetsmarknadsnämnden (IAN) med tillhörande förvaltningar. Båda nämnderna blir vårdgivare. MAS har haft i uppdrag att utreda organisering av hälso- och sjukvårdspersonal och sekretessgränser. Rapport har överlämnats till respektive ny nämnd och förvaltningsledning som tecknat avtal om samverkan kring legitimerad personals organisering i VON och uppdrag under IANs vårdgivaransvar.

### Verksamhetschefens ansvar

Inom hälso- och sjukvården har verksamhetschef ansvar för verksamheten. Det innebär bland annat att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering

I uppdraget och ansvaret i sitt yrkesutövande ska MAS säkerställa att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen PDL 2008:355
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patient-säkerheten,
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS/MAR i Sundsvalls kommun har delegation av vårdgivaren att ansvara för anmälan om lex Maria.

Under 2019 har MAR-tjänsten varit vakantsatt. Rekrytering sker under 2020.



---

# Samverkan för att förebygga vårdskador

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

## Samverkansorganisation

En god samverkan mellan Sundsvalls kommuns medarbetare och ledning med andra närliggande organisationer är av vikt och förekommer varje dag. Det kan vara allt från samverkan runt en enskild vårdtagare när en Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tas fram till samverkan mellan förvaltningens högsta ledning och Region Västernorrlands hälso- och sjukvårdsdirektör.

Länets kommuner har en beslutad samverkansorganisation på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsområdet:

- Social-REKO<sup>5</sup> – samverkan på politisk nivå mellan Socialnämnderna och Regionens motsvarigheter
- Beredningsgruppen för Social-REKO – högre tjänstemän i kommuner och region som träffas regelbundet som beslutar och bereder frågor till politiska nivåer
- Lokal Samverkansgrupp – verksamhetschef hälso- och sjukvård, och MAS/MAR<sup>6</sup> samverkar med de lokala vård- /hälsocentralerna och Sundsvalls sjukhus.

## Vägen mot en nära vård/sömlös vård

I samband med att nya nationella utskrivningsreglerna från sjukhus började gälla 2018-01-01 fanns en lokal Dialoggrupp mellan Sundsvalls kommuns socialtjänst och lokala företrädare för vård-/hälsocentraler samt Sundsvalls sjukhus. Målet var att lokalt utveckla och tillämpa de nya reglerna och förbättra samverkan mellan de olika vårdnivåerna. Gruppens möten har glesats ut under hösten 2019. Planen är att återstarta någon form av samverkan under 2020 för att fånga upp brister och utveckla samverkan.

En närmare samverkan har inletts direkt mellan kommunen och olika kliniker på sjukhuset för att tillsammans skapa säkra övergångar mellan vårdformer där det alltmer förekommer specialistvård också i det egna hemmet. Arbetet leds av verksamhetschef Hälso- och sjukvård och operativt av enhetschef för sjuksköterskor inom område öst i nära samarbete med MAS. Samarbete SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) och primärvård är pågående. Gemensam ambition är att säkerställa en god och säker vård där administrativa och organisatoriska gränser inte ska vara begränsande.

SIP på distans via video har utretts och testats av Regionen och Kramfors kommun. Beslut om breddinförande under 2020 togs av Beredningsgruppen för Social-REKO november 2019.

---

<sup>5</sup> REKO – Region Västernorrland och Kommuner

<sup>6</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering

---

## Samverkan mellan kommuner

Sundsvalls kommuns MAS och MAR samt Verksamhetschef för hälso- och sjukvård deltar i länssamverkan med övriga kommuners motsvarighet. Målet är att tillsammans utveckla riktlinjer, rutiner samt ha en gemensam röst i sakfrågor som hanteras mellan kommunerna och regionens hälso- och sjukvård.

## Avvikelsehantering mellan vårdgivarna

För att identifiera brister finns rutiner mellan kommun och landsting där huvudmännen hjälps åt att påtala brister hos vårdgrannen. Rutinen heter ”Avvikelser i Vårdkedjan” och sedan våren 2018 finns en ny digital hanteringsmodul och rutin där medarbetare dokumenterar brister som sedan skickas till den enhet i regionen som är berörd – så den kan svara och besluta om förebyggande åtgärder så verksamheten kan utvecklas. Målet är att utveckla och öka användningen av avvikelser i vårdkedjan.

## Läkarmedverkan

Samverkan mellan kommunen och vård-/hälsocentraler är en viktig del av patientsäkerheten. Teamarbetet mellan kommunens legitimerade sjuksköterskor och läkarna regleras i lokala överenskommelser kring läkarmedverkan och utgår från ett länsövergripande avtal. Avtalet ställer olika krav kring besök på särskilda boenden, hur provsvar ska hanteras, läkemedelsgenomgångar mm. När samverkan brister ska verksamheterna skriva Avvikelser i vårdkedjan för att brister ska kunna åtgärdas.

Under 2019 har brister uppmärksammats kring samverkan med några vårdcentraler. Avvikelser i vårdkedjan har ökat och flera avvikelser har inträffat där risk för vårdskada bedömts som stor. En enkätstudie genomfördes därför i samtliga särskilda boenden under november månad av MAS och analys av materialet sker tillsammans med intervjuer och avvikelser i vårdkedjan. En rapport tas fram för att sedan kommuniceras med Regionens företrädare.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

### Anhörigcenter

Nämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning. Syftet är att minska den fysiska och psykiska påfrestningen som det innebär och genom stödet minskar risken för ohälsa. Genom att stödja anhöriga så stärks även individens självständighet och integritet.

### Stärka egenvården med läkemedelsautomat

I ett projekt har användning av så kallade läkemedelsautomater i hemsjukvården och i särskilt boende testats under 2019. Målet var att öka den enskildes frihet och integritet samt förmåga till egenvård och att minska risken för avvikelser kring läkemedelshantering.

I särskilt boende var fokus på minskning av avvikelser och mindre på egenvård – även om det kan förekomma. Där skötte hälso- och sjukvården hela

---

hanteringen kring läkemedelsautomaten. Målet är att se om användning av läkemedelsautomat kan påverka antalet medicinfel som förekommer i verksamheten.

En projektrapport är skriven och överlämnad till förvaltningsledningen som visade på positiva effekter. Beslut har tagits att avsluta samtliga tester med läkemedelsautomater. Inför eventuell ny upphandling och införande av läkemedelsautomater i ordinarie drift ska en behovsinventering och förstudie genomföras.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdsområdet har skyldighet att rapportera vårdskador och risker för vårdskador. I Sundsvalls kommun används det digitala systemet Flexite för denna rapportering. Flexite används även till rapportering avfall och fallskador, trycksår eller andra risker som medarbetarna uppmärksammar.

Flexite ska ersättas med avvikelssystemet i det nya verksamhetssystemet Treserva under 2020.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Vårdgivaren ska enl. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Hantering där de som vill framföra klagomål eller synpunkter kan göra detta digitalt via kommunens hemsida. Om det inkommer ärenden som inte berör kommunens hälso- och sjukvård återkopplas detta till den som lämnat ärendet och hänvisas till rätt instans.

### **Ärenden via IVO**

Ärenden kan komma via IVO<sup>7</sup> som avvisats där. Det kan bero på att IVO anser att det inte rör sig om en allvarlig skada eller risk för allvarlig skada och att vårdgivaren inte fått möjlighet att bemöta klagomålet/synpunkten. IVO skickar då ärendet vidare till vårdgivaren och meddelar den klagande att så skett. Klagomål och synpunkter som kommer via IVO hanteras på samma sätt som om det inkommit direkt till kommunen, utreds och besvaras.

### **Patientnämnden Etiska nämnden (PEN)**

Sundsvalls kommun är även ansluten till Region Västernorrlands patientnämnd Etiska nämnden. Om ett klagomål eller synpunkt inkommer till Patientnämnden Etiska nämnden skickas detta vidare till kommunen för utredning och svar. Kommunen utreder och svarar både den enskilde och Patientnämnden Etiks nämnd.

Samtliga inkomna ärenden utreds och analyseras. Se under resultat nedan.

---

<sup>7</sup> Inspektionen för Vård och Omsorg.

---

## Egenkontroll

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

Egenkontroll används på både lokal nivå av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten och på aggregerad nivå. Vissa punkter kräver en stor arbetsinsats av både personal och chefer, som räkning av samtliga läkemedel en viss vecka. Det är inte rimligt att belasta verksamheten mer än nödvändigt med denna typ av mätningar – även kallade punktprevalensmätningar. Bäst är om vardaglig dokumentation kan ligga till grund för resultat och statistik som kan beskriva verksamhetens kvalitet.

**Tabell 1.** Egenkontrollpunkter inom hälso- och sjukvården

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Svenska HALT
Basala hygienrutiner och klädregler enligt årshjul	12 gånger per år	HoS Personalwebb, protokoll
Hygienronder	Var 4:e år i boenden	Protokoll
Patientsäkerhetskonferens	1 gång per år	Minnesanteckningar, deltagare
Avvikelser	Sprids varje månad till alla enhetschefer	Avvikelsehanteringssystemet Flexite
Trycksår	1 gång per år Löpande	Svenska HALT, Senior alert <sup>8</sup> , Flexite
Fall	Löpande	Senior alert, Flexite
Munhälsa	Löpande	Senior alert och uppsökande mun och tandvården
Nutrition	Löpande	Senior alert
Blåsdysfunktion	Löpande	Senior alert, Beställningssystemet Guide hos leverantör One-Med
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande, rapport	Patientnämnd Etisk nämnd, IVO, Flexite Klagomålsmodul
Kvalitetsgranskning, akutläkemedelsförråd	1 gång per år	Protokoll extern granskning av upphandlad part.
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre	1 gång per år	Resultatsammanställning och analys

---

<sup>8</sup> Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att stödja verksamheten i förebyggande arbete. [www.senioralert.se](http://www.senioralert.se)

---

# Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

## Ledningssystem

Under 2018 utvecklade hälso- och sjukvården ett nytt ledningssystem för patientsäkerhet i kommunen. Ledningssystemet är ett ramdokument med länkar som beskriver roller, ansvar, organisation och regelverk. Arbetet med att utveckla ledningssystemet har genomförts av en arbetsgrupp i formen workshop med olika kompetenser från hälso- och sjukvårdsområdet. Ledningssystemet är publicerat på hälso- och sjukvårdens Personalwebb [www.sundsvall.se/hos-personalwebb](http://www.sundsvall.se/hos-personalwebb) lätt åtkomlig för alla medarbetare. En instruktionsfilm förklarar ledningssystemets uppbyggnad.

Kopplat till ledningssystemet anpassas alla hälso- och sjukvårdens riktlinjer successivt med sakfrågespecifika ledningssystem som mer på detaljnivå beskriver vad olika funktioner förväntas utföra för ansvar. Ofta är riktlinjer kompletterade med olika vägledningar till hjälp inför beslut på den lokala nivån.

## HoS Personalwebb – riktlinjer och rutiner

Hälso- och sjukvårdens Personalwebb som togs fram 2017 har fortsatt att utvecklas under 2019. Områden som har utvecklats är stöd kring basala hygienrutiner, kontaktrutiner inom hälso- och sjukvården, ledningssystem, läkemedelshantering och en sida kring vanligt ställda frågor. Ett ständigt underhåll och mindre justeringar genomförs löpande av MAS och MAR. Länk: [www.sundsvall.se/hos-personalwebb](http://www.sundsvall.se/hos-personalwebb).

## Samverkan vid utskrivning från sjukhus

Den 1 januari 2018 trädde nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna 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 minskades från fem till tre dagar i den somatiska vården.

En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår i samband med att exempelvis sköra äldre byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus. Det pratas om risker i vårdens ”övergångar”.

I Västernorrland togs länsövergripande rutiner fram av Regionen och länets sju kommuner och några mål formulerades:

- 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 som den enskilde vistats där efter att ha blivit utskrivningsklar
- att successivt öka antalet digitala rapporter istället för rapport via papper när en individ skickas till sjukhus och kommunens medarbetare är inblandade

---

För att utveckla rutiner och nå målen fanns en lokal arbetsgrupp (Dialoggruppen) i Sundsvall med företrädare från kommun, vård-/hälsocentraler och sjukhuset i Sundsvall.

## Vårdhygien

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är nära samverkan med enheten vårdhygien och hygiensköterska av största värde. Arbetet tydliggörs genom:

- Rutiner och riktlinjer (HoS Personalwebb)
- Egenkontroll – årshjul, hygienronder, självskattningar, tvättrutiner
- Planering med MAS/MAR
- Fortlöpande utbildning och information
- Konsultation och handledning vid smitta

Till grund för samverkan ligger ett samverkansavtal där kommunen köper specialistkompetens inom vårdhygien från Region Västernorrland. Verksamheten avropar löpande dessa tjänster.

## Utveckling av läkarmedverkan

Från 2019 stärks rutinerna kring uppföljning och revidering av lokala överenskommelser kring läkarmedverkan. Varje år ska verksamheten utvärdera läkarmedverkan och rapportera till MAS senast 31 januari. Före 1:a mars ska den lokala överenskommelsen revideras med lärdomar från utvärderingen. Kopia på överenskommelsen ska enligt rutiner skickas till Vårdval i Regionen och till MAS. Målet är att på ett bättre sätt, från år 2020, kunna beskriva utvecklingen i den årliga patientsäkerhetsberättelsen och kunna stödja verksamheten när läkarmedverkan brister eller behöver utvecklas ytterligare.

Etiska vårdplaner kring vårdtagare i kommunens verksamhet ska fortsätta att utvecklas och tillämpas. I detta är läkarmedverkan av stor vikt och ett nära samtal med den enskilde och närstående för att kunna skapa en god vård i livets slut där den enskildes önskemål får ett större utrymme.

Ingen som får vård- och omsorg i kommunens verksamhet ska behöva byta vårdnivå i onödan. Målet ska vara att den enskilde så långt det är möjligt ska få sina behov tillfredsställda i det särskilda boendet eller i hemsjukvården. För att uppnå detta krävs en hög kompetens i kommunen och ett nära samarbete med primärvården läkare. Genom att utveckla samverkan med primärvårdens läkare och stärka kompetensen hos kommunens medarbetare ska kvarboende kunna öka och undvikbar slutenvård kunna minska.

## Utveckling av den uppsökande munhälsovården

Det är av största vikt att upprätthålla en god munhygien eftersom det påverkar vår förmåga och lust att äta genom livet.

Dålig munstatus, illasittande proteser och där den enskildes egna tänder, som blir vanligare, kan orsaka svårigheter att äta och tillgodogöra sig maten - vilket

---

kan leda till undernäring. Många läkemedel orsakar muntorrhet med risk för infektioner och skörhet i munhållans slemhinnor. Därför är daglig munvård viktig med rengöring av proteser och slemhinnor minst två gånger om dagen.

Riskbedömning av munhälsan utförs av sjuksköterska som använder instrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) enligt kvalitetsregistret Senior Alert.

Kostnadsfri uppsökande munhälsobedömning och intyg om nödvändig tandvård erbjuds årligen till de patienter som tillhör personkretsen enligt Tandvårdsreformen. Kommunerna och Region Västernorrland har upprättat ett samverkansavtal där kommunen identifierar personer och landstingets tandhygienist utför uppsökande verksamhet samt regelbunden utbildning till kommunens personal. Se resultat nedan.

## Risikanalyser

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

I avvikelssystemet Flexite kan alla avvikelser analyseras. Följsamheten till detta behöver utvecklas. I samband med övergång till nytt avvikelssystem i det kommande verksamhetssystemet Treserva är ett bra tillfälle för att se över hanteringen av avvikelser och hur analysen och återföringen av erfarenheter kan utvecklas.

Risikanalyser kan även göras på aggregerad nivå för att identifiera systembrister kring exempelvis läkemedelshantering, vårdrelaterade infektioner m.fl.

När allvarliga händelser inträffar ska händelseanalys genomföras enligt fastställd rutin. Händelseanalysen kan ta sin utgångspunkt från olika källor som; avvikelser, klagomål från enskild eller närstående, Patientnämnden och från IVO.

Händelseanalys är ett teamarbete som normalt leds av enhetschef i verksamheten med stöd av MAS/MAR/Verksamhetschef. Målet är att ta reda på vad som skett, identifiera förebyggande åtgärder och sedan implementera dem samt följa upp att de har avsedd effekt. Allvarliga händelser bedöms av MAS/MAR om de ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Risikanalyser ska även genomföras inför organisationsförändringar i verksamheten och exempelvis inför sommar och andra ledighetstider där belastning i relation till tillgång av medarbetare som har semester kan påverka verksamheten negativt.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

För att säkerställa att rätt medarbetare har tillgång till rätt persondata och värna sekretess och integritet finns rutiner kring loggkontroller. Kontrollerna sker slumpvis och enligt fastställd rutin och återkoppling ska ske till närmaste chef.

## Treserva verksamhetssystem

Upphandlingen av nytt verksamhetssystem startade 2015 och har pågått under tiden fram till sommaren 2018 då avtal skrevs med leverantören CGI. Under

---

upphandlingstiden har ett hundratal användare och nyckelpersoner från verksamheten medverkat på olika sätt.

Under 2019 har ett omfattande planeringsarbete och anpassning av verksamhetssystem, Treserva genomförts.

Driftstart av nya verksamhetssystemet beräknas till hösten 2020.

## **Journalgranskning**

Kommunen har under 2019 inte genomfört någon systematisk journalgranskning. Dock identifieras ibland brister i dokumentationen av dokumentationsansvarig och av MAS/MAR i det dagliga arbetet och i samband med händelseanalyser. Dessa brister återkopplas till ansvarig legitimerad personal i respektive ärende.

I nya verksamhetssystemet Treserva kommer dokumentationen vila på så kallade åtgärds-koder som Socialstyrelsen ställer krav på ska levereras från landets kommuner från 2018. I och med detta nya sätt att dokumentera åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård ökar även kommunens egna möjligheter att göra markörbaserad journalgranskning på ett mer effektivt sätt.

# **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

## **Utredning av händelser – vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Fyra lex Maria har anmälts till IVO under 2019 (2018 skickades tre lex Maria).

- En handlar en allvarlig brist i läkemedelshantering där en vårdtagare inte fick sina proppförebyggande läkemedel under en vecka. Patienten fick en stroke och avled en kort tid efter händelsen. Efter händelsen har en översyn av läkemedelshanteringen genomförts i verksamheten för att förhindra upprepning.
- En handlar om bristande omvårdnad under en längre tid med trycksår som följd.
- En annan anmälan handlar om fördröjt omhändertagande vid fraktur.
- Sista anmälan handlar om en patient som nekade kontakt med sjukvården i ett akut tillstånd med stroke och hur kommunens medarbetare hanterade situationen.

Rutin som är upprättad av verksamhetschefen för hälso- och sjukvård har följts med händelseanalys och åtgärdsplaner har upprättats med återföring och lärande till personal. I ett fall kommer övergripande rutiner att ändras.



---

## Händelser inom Stöd och omsorg

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en bostad med särskild service för vuxna (LSS bostad).

Utifrån att några allvarliga händelser har uppmärksammats och anmälts enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg har ett arbete påbörjats genom en grupp sjuksköterskor, chefer samt MAS. Kontakter med andra kommuner har etablerats och kunskap om förbättringsarbete samt studiebesök har genomförts.

Kartläggning av omvårdnadsbehov hos patienterna har påbörjats av de riktade sjuksköterskorna med prevention och riskbedömningar för fall, läkemedel, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion.

Förbättringsområden som har identifierats och är:

- riskbedömning för fall, nutrition, trycksår, munhälsa, blåsdysfunktion
- läkemedelshantering
- bedömning vid smärta
- vård i livets slut
- läkarmedverkan
- vårdhygien
- upprättande av samordnad individuell plan
- samverkan med Regionens habilitering och primärvård.

Målet är att möta upp personerna i LSS-gruppboende och deras hälso- och sjukvårdsproblem på ett bättre sätt.

## Socialpsykiatri och hälso- och sjukvård

Ansvar för de särskilda boendena inom socialpsykiatri gick över till Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen vid årsskiftet 2019-20. En utredning av hälso- och sjukvårdens organisering genomfördes hösten 2019 – som resulterade i att legitimerad personal kvarstår inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Ett avtal mellan de båda nämnderna kring insatser av legitimerad personal finns upprättat och är beslutat.

Under 2019 har försök påbörjats för att implementera systematiskt arbetssätt med hjälp av Senior alert. Detta behöver fortsätta under 2020.

## Egenkontroll

Analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

**Tabell 2.** Egenkontroll

Avvikelser med vårdskador	Minska lex Maria	<b>Åtgärd:</b> Genomföra händelseanalyser och öka spridningen av resultatet.	<b>Resultat:</b> Fyra allvarliga händelser har genomgått händelseanalys och anmälts enl lex Maria under 2019. En handlar om brister i läkemedelshandling, en om ett undvikbart trycksår, en om sen upptäckt av fraktur och en om sjukvårdskontakt vid stroke.  Följsamhet och kunskap om rutin för händelseanalys är fortsatt låg.	<b>Analys:</b> Förebyggande åtgärder har identifierats som följsamhet till lokala rutiner kring läkemedelshandling, förebyggande åtgärder vid risk för trycksår, identifiering av skador vid fall och kontaktrutiner.  Målet är att händelser ska få genomslag i riktlinjer, rutiner som sprids successivt i verksamheten.
Säker läkemedelshandling	Allt fler avvikelser kring läkemedelshandling rapporteras. Rapporteringsgraden kan ökas ytterligare.	<b>Åtgärd:</b> Nya uppdaterade rutiner kring läkemedelshandling har tagits fram under 2019.	<b>Resultat:</b> Antalet läkemedelsavvikelser har fortsatt öka under 2019. Se tabell 3 nedan. Antalet avvikelser där potentia läkemedel som Waran och Insulin behöver minska.	<b>Analys:</b> Antalet läkemedelsavvikelser är fortfarande lågt, mindre än 0,1 promille av alla läkemedelsdoseringar. Läkemedelsavvikelser med potentia läkemedel har inte vållat några kända vårdskador – men allvarliga risker.
IVO-, Klagomåls- och PEN-ärenden och patientklagomål.  IVO=Inspektionen för vård och omsorg.  PEN=Patientnämnd, Etisk nämnd.	Antal minskar i jmf med 2016 och 2017	<b>Åtgärd:</b> Genomföra händelseanalyser där risk för eller allvarlig vårdskada uppstått. Återkoppla till den som framfört klagomålet om vilka förebyggande åtgärder som beslutats.	<b>Resultat:</b> Inga IVO-ärenden, 5 klagomål och 4 PEN-ärenden	<b>Analys:</b> Bemötande och kommunikation/information är ofta återkommande delar i inkomna klagomål och synpunkter. Även funderingar från närstående kring handtering efter fall och förebyggande arbete mot fall.
Verksamhetsperspektivet	Ärenden per ssk - i snitt 50 med variation 30-70 patienter	<b>Åtgärd:</b> Följa antalet ärende per sjuksköterska. Stötta sjuksköterskor att börja använda SIP i hemmet i samverkan med Vård-/hälsocentraler. Vägleda sjuksköterskor kring avslut av ej aktuella hemsjukvårdsuppdrag.	<b>Resultat:</b> Omkring 3000 hemsjukvårdspatienter i snitt per månad som har insatser mer än 2 veckor. Till det kommer tillfälliga insatser från t ex SSIH, 1177 och Vård-/hälsocentral.	<b>Analys:</b> Antalet svårt sjuka ökar i särskilda boenden och i hemsjukvård. Det ställer högre krav på kompetens hos medarbetarna och samverkan med framför allt primärvården.
Brukarperspektivet  Senior Alert, BPSD, Palliativa registret, FUNCA WHODAS	Öka användningen av kvalitetsregister som ett systematiskt stöd och ta del av resultat.	<b>Åtgärd:</b> Stötta verksamheter att komma igång med kvalitetsregisterarbete. Redovisa resultat på övergripande nivå för att väcka större intresse.	<b>Resultat:</b> Senior alert – ökat antalet riskbedömda individer med 10 individer 2019. Palliativregistret – ökad kvalitet, men minskad täckningsgrad. BPSD – minskning av antalet skattade individer och ökat antal uppföljningar. Minskning av negativa poäng. Se detaljer nedan.	<b>Analys:</b> Täckningsgraden minskar i kvalitetsregistren relaterat till att det öppnats flera särskilda boenden. Den lokala analysen av de egna resultaten i verksamheten måste bli bättre – för att fortsätta denna positiva förflyttning ytterligare. Nya analysstödet Qlik Sense har potential att bidra i detta.

		FUNCA har testats i liten skala inom Stöd och omsorg.  WHODAS 2.0 – systematisk uppföljning av effekterna av rehabs insatser. Diskussion pågår om och hur detta verktyg ska användas.	FUNCA har bidragit vid införande av terapeihund på ett bra sätt.	FUNCA kommer ev. att läggas ned nationellt. Slutligt beslut kommer under våren 2020. Området är dock viktigt att utvecklas – motsvarande BPSD-registret.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Avvikelser

När det gäller avvikelshantering ökar antalet registrerade avvikelser från verksamheten. Generellt bedöms detta inte som att felet kring avvikelser ökar utan att mörkertalet minskar. Det är positivt att verksamheten uppmärksammar brister och jobbar med dem.

**Tabell 3.** Avvikelshantering

Avvikelshantering	2016	2017	2018	2019	
Läkemedel	1614	1775	1999	2015	↑
Fall	304	313	286	342	↑
Fall utan skada	1036	941	859	831	↓
Trycksår	8	8	13	16	↑
Rehab (ny från 2016)	8	8	19	109	↑
Annat	247	224	335	442	↑
Annat - ej patientbundet	25	29	35	34	↓

## Läkemedelsavvikelser

Alla läkemedel är biologiskt aktiva. Olika läkemedel har olika verkan och kan på olika sätt utgöra en risk (beroende på hur potenta de är) om de inte hanteras på rätt sätt och används enligt läkarens ordination.

Allvarliga läkemedelsavvikelser är när det blivit fel kring potenta läkemedel som Waran (blodförtunnande), Insulin (diabetesläkemedel) och när vårdtagare fått läkemedel som de inte ska ha av misstag (blandat ihop vårdtagare).

Resultat från 2019 är att:

- 14 gånger (12 stycken ggr 2018) har läkemedel givits till fel person. Inga allvarliga konsekvenser är registrerade.
- 88 gånger (2018 var det 115 gånger) har det skrivits avvikelse kring Waran. Inga allvarliga konsekvenser är registrerade.
- 90 gånger (en minskning från 114 gånger 2018) har det skrivits avvikelse kring Insulin. I de flesta fall finns det inga registrerade konsekvenser. Vanligaste konsekvensen för den enskilde är extra kontroll av blodsocker.

Vanligast läkemedelsavvikelsen är att läkemedlet glömts bort (utebliven dos), givits fel tid, på fel sätt eller fel dos. Oftast har bristen upptäckts innan vårdtagaren får sitt läkemedel – så att det kunnat åtgärdas efter samtal med sjuksköterska. Ofta medför brister kring Waran och insulingivning mycket merarbete

---

med extra kontroller som både tar tid från verksamheten och kan upplevas som besvärligt av den enskilde patienten med flera extra stick för provtagning.

### **Trycksår**

Antalet avvikelser som handlar trycksår är troligen allt för lågt utifrån antalet avvikelser. Resultat från Senior alert visar att antalet är högre. I Senior alert finns noterat att 84 individer under 2019 har 122 trycksår, varav 79 uppstått på egen enhet, dvs. under kommunens vård. Alla trycksår är vårdskador som är undvikbara och ska rapporteras samt att förebyggande åtgärder ska sättas in.

### **Förebyggande arbete kring fall**

Vad gäller fall med eller utan skada visar resultat från kvalitetsregistret Senior alert att verksamheten varken har blivit bättre eller sämre på att identifiera brukare med risk för exempelvis fall. Under 2018 och 2019 har antalet särskilda boendeplaster ökat, medan antalet registrerade individer i exv. Senior alert är samma som tidigare år.

Bakomliggande orsaker identifierades i upp till 93 procent av alla med risk för fall och förebyggande åtgärder har utförts hos 83 procent av brukarna, vilket är höga mot tidigare år. Detta i relation till minskning av antalet fall utan skada kan tolkas som att det förebyggande arbetet har viss effekt. Dock har antalet fall med skada ökat och då även allvarliga skador, se nedan.

### **Uppföljning av allvarliga frakturer**

Under 2018-19 har ett uppföljningsarbete genomförts kring de allvarligaste fallskadorna med uppkomna höftfrakturer. Alla fall med höftfraktur som registrerats som en avvikelse har följts upp med en journalgranskning av MAR och MAS. Rapporten visar att antalet frakturer var 26 stycken under 2018, lägre än tidigare år. Under 2019 har detta sedan ökat till 40 stycken. Journalgranskningen visar dock att en del avvikelser som i första skedet registrerats som höftfraktur avskrivits som annan fraktur eller mindre allvarlig skada. Siffrorna har därför justerats.

**Tabell 4.** Allvarliga höftfrakturer

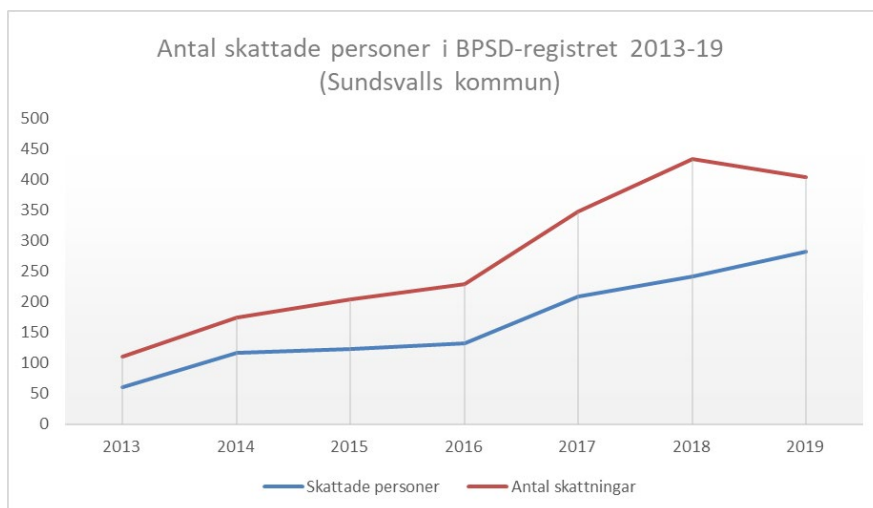
Höftfrakturer	2016	2017	2018	2019	
Höftfrakturer	35	36	27	40	↑

Att antalet allvarliga frakturer ökar visar att det förebyggande arbetet behöver stärkas upp ytterligare.

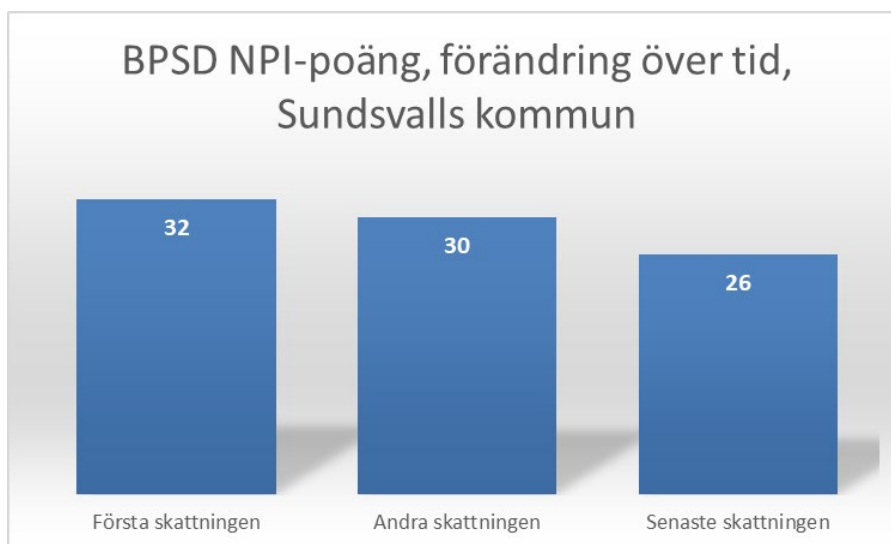
## Kvalitetsregister

### BPSD-registret (kvalitetsregister för utveckling av demensvårdnad)

Antal utbildade BPSD<sup>9</sup>-administratörer var under 2019 67 stycken – en ökning mot tidigare år. Det är positivt att antalet utbildade ökar – vilket även ses i resultaten nedan. Målet är att en registrering ska göras senast fyra veckor efter flytt till särskilt boende och att den ska följas upp med en ny bedömning. Nedan går det att se att antalet skattningar ökar i relation till antalet personer – vilket indikerar att fler vårdtagare får en uppföljning av sina BPSD-symtom.



**Figur 1.** Antalet skattningar i jämförelse med antalet skattade personer - visar att personer med BPSD-symtom får dem uppföljda. Gapet har dock minskat under 2019 vilket indikerar att färre får sina symtom uppföljda.



**Figur 2.** Antalet poäng per skattning minskar över tid - vilket indikerar att de omvårdnadsåtgärder som sätts in gör nytta.

Utbildarna på Demenscentrum, som nu är tre till antalet, dvs. en ökning med en utbildare - ser att kvalitén på de registreringar som görs är lite ojämn. Detta

<sup>9</sup> BPSD = Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

uppmärksammas vid stickprovskontroller bland registreringarna. Framför allt är det bemötandeplanerna som behöver bli bättre och utvecklas.

### Senior alert – vårdprevention

Under 2019 har arbetet i Senior alert fortsatt i kommunens särskilda boenden. Följsamheten har ökat och fler får nu sina risker identifierade. Totalt har 1060 unika individer fått sina risker värderade i Senior alert. En ökning med 10 vårdtagare mot 2018. 93 procent av de med risker har fått bakomliggande orsaker till risken identifierade (samma som 2018). 96 procent har fått förebyggande åtgärder och av dessa har 83 procent utvärderats som genomförda.

Under 2018-19 har antalet boendeplaster ökat från 1120 till ca.1260 platser och vi vet att omsättningen i särskilda boenden (individer avlider och nya sköra äldre flyttar in) ligger på mellan 30-40 procent. Det betyder att antalet unika personer borde vara drygt 1600. Så det finns behov av att öka täckningsgraden ytterligare.

**Tabell 5.** Resultat Senior alert

		Unika personer	Vårdprevention			
			Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sundsvalls kommun	2019	<b>1060</b>	<b>91%</b> ↗ 1 396 av 1 530	<b>93%</b> ↔ 1 305 av 1 396	<b>96%</b> ↗ 1 338 av 1 396	<b>83%</b> ↗ 1 181 av 1 419
Sundsvalls kommun	2018	<b>1050</b>	<b>91%</b> ↘ 1 479 av 1 618	<b>93%</b> ↗ 1 371 av 1 479	<b>96%</b> ↘ 1 426 av 1 479	<b>81%</b> ↘ 1 131 av 1 398
Sundsvalls kommun	2017	<b>980</b>	<b>92%</b> ↘ 1 401 av 1 525	<b>85%</b> ↗ 1 184 av 1 401	<b>97%</b> ↗ 1 357 av 1 401	<b>82%</b> ↗ 1 023 av 1 253
Sundsvalls kommun	2016	<b>1064</b>	<b>93%</b> ↘ 1 527 av 1 641	<b>6%</b> ↔ 91 av 1 527	<b>86%</b> ↗ 1 309 av 1 527	<b>80%</b> ↘ 1 186 av 1 480

### Palliativregistret – vård i livets slut

Resultaten i Svenska Palliativregistret är lite klivna. Dels har några resultat utvecklats i positiv riktning – samtidigt har vissa utvecklats negativt. Det är dessutom svårt att bedöma hur täckningsgraden har utvecklats, dvs. hur många av de som avlidit i exempelvis särskilda boenden har registrerats i registret. Resultaten ska därför tas med viss försiktighet. När nya verksamhetssystemet Treserva är igång kommer det bli lättare att följa dessa resultat – framför allt täckningsgrad.

**Tabell 6.** Resultat Svenska palliativregistret

Resultat Palliativregistret	2016	2017	2018	2019	
	Procent	Procent	Procent	Procent	
Ej trycksår vid dödsfallet	86	87	93	87	↘
Injektionsläkemedel mot ångest	89	91	94	94	↗
Injektionsläkemedel mot smärta	93	93	96	94	↘
Dokumenterad munhälsa	49	51	55	56	↗
Dokumenterat brytpunktssamtal	57	60	56	63	↗
Smärtskattning	41	46	34	39	↗

---

## Klagomål och synpunkter

Under året har det kommit in fyra ärenden via nya digitala systemet. Ett ärenden har inte berört kommunens hälso- och sjukvård och har hänvisats vidare. Inga ärenden har inkommit via IVO. Av de tre ärenden som inkommit har samtliga blivit utredda och de brister som identifierats har åtgärdats samt återkoppling har skett eller pågår till den som inkommit med klagomålet/synpunkten.

Klagomålen/synpunkterna har handlat om upplevda brister kring kommunikation, hantering av anhörig med fallrisk och rehabilitering.

### Patientnämnden Etiska nämnden

Till Patientnämnden har det inkommit fyra ärenden under 2019 som rör Sundsvalls kommun. Det är ett lågt antal och trolig orsak är att de flesta som har klagomål och synpunkter vänder sig direkt till verksamhetens personal och ledning eller via den nya digitala möjligheten som kommunens upprättat.

**Tabell 7.** Ärenden hos Patientnämnd, Etisk nämnd.

Patientnämnden	2016	2017	2018	2019	
Ärenden	14	5	7	4	↓

Ärendena har i huvudsak handlat om kommunikation och information till den enskilde/närstående. Alla ärenden som förekommit hos Patientnämnden och som rör Sundsvalls kommun har hanterats muntligt av Patientnämndens kansli. Alla fyra ärenden har hänvisning skett till MAS. Inga ärenden har skickats vidare skriftligt till MAS.

Generellt registreras få synpunkter och klagomål i både kommunens eget system och hos PEN. En orsak kan vara att många, de flesta hanteras direkt i den dagliga verksamheten närmast den enskilde. Det kan också vara så att den enskilde och närstående kan avgöra vad som är hälso- och sjukvård i relation till SoL och LSS. Många med kognitiv svikt har även svårigheter att framföra klagomål när det brister – därav är det viktigt att vara lyhörd och ha en god samverkan med närstående för att fånga upp och åtgärda brister.

## Händelser och vårdskador

I en verksamhet av Sundsvalls storlek är det ofrånkomligt att det ibland kan förekomma fel och brister. Det viktiga är att på ett systematiskt vis hantera de händelser som förekommer och att alla som arbetar med hälso- och sjukvård i kommunen ska känna att de är viktiga och blir lyssnade till.

Under 2019 har några allvarliga brister förekommit. Tre vårdtagare har fått allvarliga vårdskador som varit undvikbara. Ett dödsfall är noterat efter fel i läkemedelshandlingen. Ärendet anmält enl. lex Maria till IVO. Utöver detta har det inträffat 40 höftfrakturer – där det finns flera lärdomar att ta del av. Potenta läkemedel som, Waran och Insulin, har förekommit i avvikelser något färre gånger under 2019 än tidigare år där detta har kunnat mätas. Det är en viktig kunskap som behöver synliggöras. Dock har inga allvarliga vårdskador kunnat noteras vad gäller dessa brister.

---

Genomförda händelseanalyser har bidragit till att ta fram och utveckla riktlinjer och rutiner i verksamheten samt behovet av kompetenshöjning.

Några områden som har stärkts är:

- Riktlinjer och vägledning för extra tillsyn och ständigt närvarande personal hos vårdtagare som speciella behov som inte kan tillgodoses med tillgängliga resurser. Kallades tidigare ”extravak”.
- Munhälsoområdet behöver utvecklas och samarbetet med Folkvandvården förbättras. Nya riktlinjer och rutiner håller på att tas fram som sedan ska implementeras i verksamheten.
- Kompetens, riktlinjer och rutiner i samband med Vård i livets slut utvecklas och ska fortsätta att implementeras under 2020.

### **Minskning av onödiga urinkatetrar**

Under 2017 noterades i Svenska HALT-mätningen, som genomfördes med stöd av Senior alert och Folkhälsomyndigheten, av vårdrelaterade infektioner att en stor del av de vårdtagare som kom till kommunens korttidsboende från sjukhuset hade kvarliggande urinkateter utan ordination eller behandlingsplan från sjukhusets läkare. Kvarliggande urinkateter innebär en stor risk för infektioner i urinvägarna och negativ påverkan på den enskilde individen. Saknas indikation ska urinkateter inte användas.

Senior alert och Folkhälsomyndigheten genomförde ingen nationell HALT-mätning under 2019. Kommunerna har därför tagit hjälp av Kommunförbundet Västernorrland och deras FoU-enhet för att i fortsättningen göra dessa mätning. Första mätningen blir sannolikt hösten 2020.

En riktlinje togs dock fram för att tydligt beskriva och ställa krav på ordinerande läkare vad en ordination ska innehålla när patienten ordinerats kvarliggande urinkateter och bor i eller ska skrivas ut från sjukhus till särskilt boende eller hemsjukvård. Felaktigt använda kan kvarliggande urinkatetrar orsaka onödigt litande, inverka negativt på livskvalitén och orsaka vårdskador.

### **Arbete kring olämpliga läkemedel till äldre**

Olämpliga läkemedel till äldre är ett stort och välkänt problem. Varje år sker en uppföljning av kommunens sjuksköterskor av alla vårdtagares läkemedel (Nulägesbeskrivning läkemedel) och identifierar vissa olämpliga läkemedel som sömnläkemedel och neuroleptika som båda ökar risken för allvarliga biverkningar hos äldre.

Resultatet visar att Sundsvall ligger på samma eller lägre nivå än övriga kommuner i länet. Dock är det stora lokala skillnader inom kommunen. Ett löpande arbete med läkemedelsgenomgångar fortsätter tillsammans med Regionens läkare.

### **Resultat i Öppna Jämförelser**

Det är inte gjort någon analys av resultaten i öppna jämförelser under 2019. Ofta har kommunen färskare resultat i kvalitetsregister, räkning av läkemedel än de ofta ett till två år gamla resultaten som redovisas i öppna jämförelser. Dock är områden som bemanningstal av sjuksköterskor något som inte går att se i andra register än i öppna jämförelser.

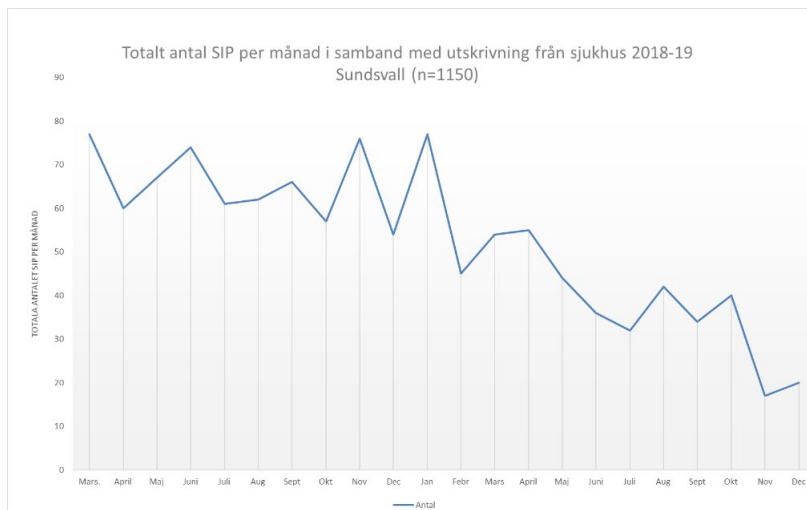


## Patientsäkerhetskonferensen 2019

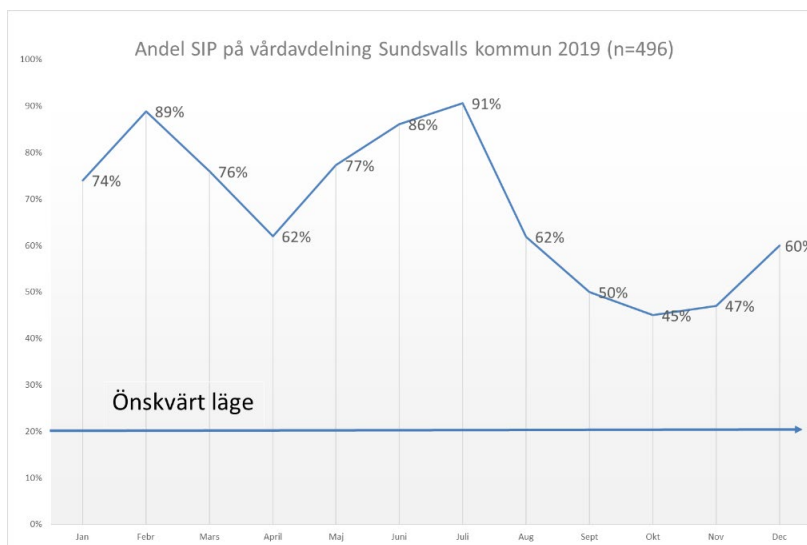
Det genomfördes ingen Patientsäkerhetskonferens under 2019. Målet är att återuppta detta under 2020.

## Resultat - Samverkan vid in- utskrivning från sjukhus

Antalet SIP som skrivs i IT-stödet Prator ökade under 2018 – för att under 2019 minska. Dock har andelen SIP som genomförs i den enskildes hem ökat under 2018. Målet har varit att max 20 procent av SIP ska behöva genomföras innan utskrivning från sjukhus.



Figur 4. Totala antalet SIP i samband med utskrivning från sjukhus.

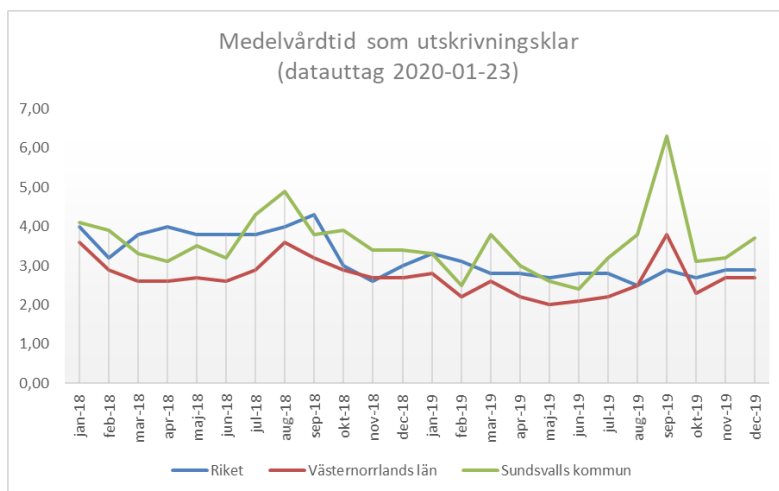


Figur 5. Andelen samordnade individuella planer (SIP) på sjukhus låg stadigt runt 80 procent under hela 2018. Under 2019 förändrades detta.

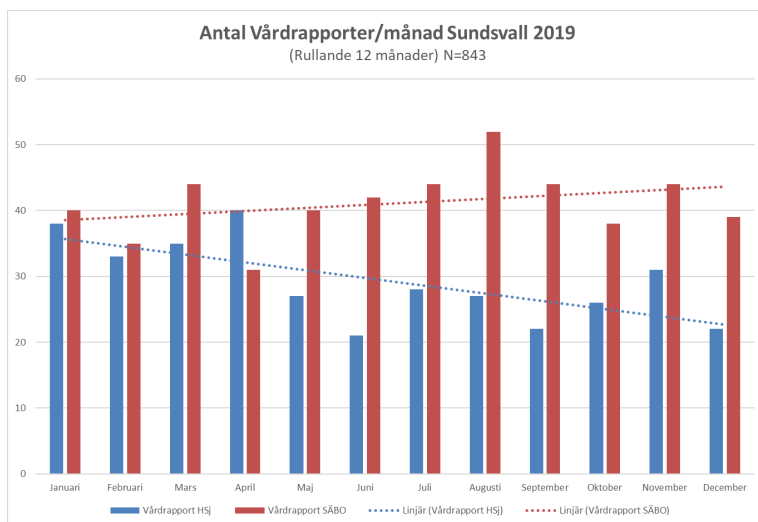
Ett av målen med nya lagstiftningen var att minska antalet dagar som patienter visats på sjukhuset efter att de blivit utskrivningsklara. Detta har uppnåtts i större delen av landet, dock inte i Västernorrland där preliminära siffror visar att antalet dagar ökat något mot tidigare. Västernorrland har legat relativt bra vad gäller nyttjandet av utskrivningsdagar i relation till riket – men det har ut-

vecklats åt fel håll. Antalet dagar som kommunen betalar (betalddagar efter utskrivningsklar) är dessutom på samma nivå som 2018 (1465 dagar) 2019 (1425 dagar).

Orsakerna till detta kan vara många. De finns dock en god vilja att vända detta i samverkan mellan kommunerna och Regionen. Ingen patient ska vara kvar längre på sjukhus än nödvändigt. Bedöms den enskilde inte längre vara i behov av sjukhusets resurser ska hen skrivas ut från sjukhuset – men utskrivningen ska vara väl planerad – så att riskerna för vårdskador i vårdens övergångar är så låg som möjligt. Sundsvall har under större delen av 2019 legat högre än både länet och riket.



Figur 6. Sundsvall i jämförelse med länet och riket. Antal dagar som individer är utskrivningsklar på sjukhus. Källa: Väntetider i vården.



Figur 7. Antalet digitala Vårdrapporter, som skrivs när en vårdtagare skickas till sjukhus, har ökat senaste åren. Vid en del inskickningar används fortfarande pappersmeddelandet.

Skillnaderna mellan olika verksamheter och sjukhuskonsumtion (antal som skickas till sjukhus) är stora. Dessa skillnader behöver utjämnas.

---

## Resultat – studie kring läkarmedverkan

Under 2019 har antalet avvikelser i vårdkedjan kring brister i läkarmedverkan med vård-/hälsocentral ökat. En enkätstudie genomfördes för att ta reda på vad som brister och hur interna skillnader ser ut mellan olika geografiska områden.

Resultatet visar att det är stora skillnader i samverkan beroende vilken vård-/hälsocentral som det särskilda boendets samarbetar med. Brister påverkar både patientsäkerheten negativt och arbetsmiljön för kommunens sjuksköterskor.

Resultatet presenterades i en rapport som redovisades för Vård- och omsorgsnämnden, spreds till verksamheten och till Regionens ledning och politiker med målet att utjämna de stora skillnader som finns och upplevs och utveckla läkarmedverkan så den blir mer lika oberoende vilket särskilt boende den enskilde bor på.

## Resultat vårdhygien

Under 2019 har det genomförts fem hygienronder (en färre än 2018) i verksamheter i socialtjänsten. Hygienronder ska genomföras var 4:e år i respektive verksamheten, exv. i särskilt boende. Målet är att genomföra minst åtta hygienronder per år. Efter hygienrond får verksamheten en rapport som beskriver utvecklingsområden. Delar som ofta återkommer är att tydligare skilja på ren och smutsig sida i sköljrum, utrustning som handskar, förkläden och handsprit ska vara lätt åtkomligt och uppsatta på väggar. Efter hygienrond återkommer hygiensjuksköterska till verksamheten och har utbildning kring basala hygienregler – för att stärka säkerheten ytterligare.

Grunden är dock egenkontrollen som ska ske enl. årshjulet och riktlinjer för området samt ledningssystem.

Under 2019 har hygiensjuksköterskor, som kommunen har avtal kring med Region Västernorrland, genomfört drygt 50 olika insatser, allt från telefonrådgivning till hygienronder och utbildningsinsatser. Omfattningen har varit närmare 110 timmar. Ett gott samarbetsklimat råder och är värdefullt för kommunens hygienarbete.

Hygiensjuksköterska och MAS har samarbetat vid upprättande av konsekvensanalys och rekommendationer gällande arbetskläder och tvätthantering.

Ett arbete med framtagande av riktlinjer för att förbättra kvalitén på städning inom kommunal vård och omsorg har påbörjats i samverkan med MAS, utredare och miljökontoret.

I kommunens rutiner ska verksamheten bland annat rapportera brister kring vårdhygien, när smittspridning sker och när allvarliga smittor uppmärksammas i verksamheten. Denna rapportering behöver utvecklas för att kunna sammanställas och analyseras på ett bättre sätt.

Under 2019 har det inte tillkommit några nya vårdtagare med resistenta bakterier. Någon intern spridning har inte rapporterats. Andra smittor som förekommit är den årliga influensan – där det förebyggande arbetet med vaccination av de sköra äldre generellt fungerar bra och har en hög täckningsgrad. Några data har dock inte kommit från smittskyddsensheten.

Den så kallade vinterkräksjukan – gastroenterit – kan för unga friska personer vara besvärlig – men för sköra äldre kan den få stora konsekvenser. Arbetet med att ha en hög följsamhet av förebyggande basala hygienrutiner och snabbt sätta in åtgärder om någon misstänks ha fått viruset är viktigt. Tre begränsade utbrott har rapporterats. Ett patientfall med skabb har rapporterats. Ingen spridning är noterad. Rapportering kring dessa smittor behöver dock utvecklas för att kunna planera förebyggande insatser i samverkan med hygienexpertis.

## Resultat uppsökande mun- och tandvården

Antalet personer som fått en munhälsobedömning av Folktandvården har fortsatt att öka. Dock är det svårt att få fram resultat som visar hur väl kommunen lyckas att identifiera personer som ingår i de olika personkretsarna som omfattas av tandvårdsreformen. De som fått frågan från kommunen om de vill ha en uppsökande munhälsobedömning kan tacka ja eller nej. De som tackat ja meddelas till Folktandvården som kan genomföra besöket.

Kommun och Vårdval (som ansvarar för reformen på Regionen) behöver samverka bättre för att se vilka målgrupper som behöver identifieras bättre. Statistiken behöver utvecklas så resultatet kan delges verksamheten för att de ska kunna utveckla sitt arbetssätt.

Tabell 8. Uppsökande mun- och tandvård

	2016	2017	2018	2019
Antal i målgrupp/personkrets N1-N4 i Sundsvalls kommun*	~2560	~2560	~2560	~2560
Antal som identifierats av kommunen och fått frågan om de vill ha en uppsökande munhälsobedömning.	?	?	?	?
Procent som kommunen identifierat	?	?	?	?
Antal genomförda munhälsobedömningar av de som tackat ja.	928 st.	935 st.	963 st.	?
Procent av antal som tackat ja och fått en undersökning av Folktandvården	82%	83%	87,8%	?

\*Antalet grundas på SKL beräkning att 2,6 procent av befolkningen över 22 år ingår i personkretsen. Kommunen har inte fått in några resultat kring uppsökande tandvården inför PSB 2019 från Vårdval.

I överenskommelsen mellan Vårdval, Folktandvården och kommunen ingår att utbilda kommunens medarbetare i munhälsa. Folktandvården tillhandahåller utbildare och kommunen ska tillsammans med dessa organisera utbildningen. Det har varit svårigheter att få en löpande struktur kring utbildningarna. Detta behöver utvecklas under 2020.

Folktandvården har startat upp ett Kompetenscenter för äldretandvård. Huvudfokus är utbildning av Folktandvårdens medarbetare. Kompetenscentrets led-

---

ning och dess samordnare kan även delta vid externa aktiviteter som på anhörigträffar mm. och samverka med kommunens ledning för att utveckla området.

### **Pågående arbete**

En samverkansgrupp med Sundsvalls kommun och Folktandvården har bildats under 2019 för att förbättra arbetet kring munhälsovården i den kommunala hälso- och sjukvården.

Gruppens plan:

- regelbunden utbildning till chefer, sjuksköterskor samt baspersonal om lagområdet, rättigheter för patienten samt munvårdskort
- upprätta rutin för information till ansvarig sjuksköterska vid behandling med nödvändig tandvård
- utbildning till utfärdare av intyg om nödvändig tandvård
- framföra önskemål till Vårdval Regionen om digitalisering av intyg om nödvändig tandvård
- fastställa krav på kommunens enheter vid uppsökande munhälsa
- bjuda in Folktandvården till träffar med Intresseorganisationerna
- samverkansgruppen ska följa upp planen genom regelbundna träffar

### **Resultat Blåsdysfunktion (inkontinens)**

Under 2019 genomförde länets kommuner en ny upphandling av inkontinenshjälpmedel. Leverantör med bäst kvalitet och pris vann. Det innebär dock en viss prishöjning på cirka 10 procent mot föregående upphandling som varade i fyra år.

Upphandlad leverantören har ett beställningssystem som heter ”Guide”. Systemet innehåller förutom möjlighet till beställning även ett förskrivarstöd som länets kommuner ställt krav på i upphandlingen. Det innebär att ansvariga förskrivare av inkontinenshjälpmedel kan utifrån mätningar av läckage hos den enskilde för hjälp av förskrivarstödet att välja lämpliga skydd som passar den enskilde utifrån nivån på besvaren.

Det finns idag små möjligheter att mäta kvalitén på förskrivningen. Men med hjälp av förskrivarstödet kan det förbättras framöver. Ett nyckeltal som kan användas är kostnader för inkontinenshjälpmedel. Det är ett trubbigt verktyg – men kan ge en viss bild av förskrivningsmönstret. Mellan 2016 och 2018 visar preliminära resultat att kostnaderna för inkontinenshjälpmedel har minskat på årsbasis från drygt 7 miljoner per år till strax under 6 miljoner. Med fler som får utredning för sina besvär och en bättre förskrivning via stödet Guide kan både kvalitén utvecklas och kostnadsökningar på grund av ökade priser hållas nere. Totalkostnaden för inkontinenshjälpmedel under 2019 steg till runt 7,3 miljoner kronor. Hela ökningen kan dock inte härledas till prishöjningen utan att fler och dyrare inkontinenshjälpmedel förskrivits mot tidigare. Chefer och medarbetare behöver medvetandegöras om kostnadsökningen och de mål och riktlinjer som finns för området.

---

MAS har initierat och skapat ett nätverk med sjuksköterskor som utbildats i Blås- och tarmdysfunktion på Mittuniversitetet under 2018-19 – som upphandlats av länets kommuner. Nätverket består av 26 sjuksköterskor och målet är att detta nätverk ska arbeta aktivt med att sprida nya arbetssätt som bygger på senaste kunskaperna inom området.

## **Mål och strategier för kommande år**

### **Utskrivning från sjukhus – kvalitetssäkring av vårdens övergångar**

Antalet SIPar i ordinärt boende efter utskrivning från sjukhus behöver fortsätta att öka under 2020. Även proaktiva SIPar för att ännu bättre kunna förebygga undvikbar slutenvård är viktiga att de ökar – där även en Etisk vårdplan kan ingå. Fler äldre ska kunna få sina hälsoproblem tillgodosedda i det egna hemmet och på det särskilda boendet. Färre ska behöva åka till sjukhus om det inte är nödvändigt.

### **Utbildning kring blåsdysfunktion (inkontinens)**

I särskilda boenden beräknas att runt 80 procent av de äldre har problem med kontinensen. Alla med blås- och eller tarmdysfunktion ska erbjudas en basal utredning, få förebyggande åtgärder ~~insatta~~ och individuellt utprovade hjälpmedel förskrivna av legitimerad personal. I Sundsvall saknar många grundutbildade sjuksköterskor specifik utbildning för vård vid blås- tarmdysfunktion. Under 2018-19 har en upphandlad utbildning på högskolenivå genomförts av länets kommuner inom blås- och tarmdysfunktion på 7,5 högskolepoäng. Totalt kommer 26 sjuksköterskor genomfört utbildningen från Sundsvalls kommun när vårens utbildning 2020 är klar. Med sina nyvunna kunskaper blir de ett värdefullt tillskott för att utveckla vården av personer med blåsdysfunktion.

Så med en ökad användning av förskrivarstödet Guide vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel, ökad kompetens hos sjuksköterskor och ökad användning av modulen Blåsdysfunktion i kvalitetsregistret Senior alert kan området fortsätta att utvecklas i positiv riktning och kostnadsutvecklingen hållas nere.

### **Demensvårdsutveckling – en demensvänlig kommun**

Satsningar inom demensvården ska utvecklas vidare. För kommunen är det viktigt att ha tillgång till den senaste kunskapen för att kunna stödja sina medborgare på bästa sätt. Genom att aktivt delta i forskning kan kommunen både ta del av och vara med och driva utvecklingen framåt. Målet är att ligga i framkant inom områden som har en stor påverkan på kommunens verksamhet. Hälso- och sjukvården har varit involverad i fyra forskningsstudier i samverkan med MIUN.

- Att vårda personer med kognitiv svikt i hemmet.
- Utveckling av e-hälsoverktyget PRISMcc för att stödja egenvård och livshantering bland äldre.
- Att identifiera och skapa relation med personer med kognitiv svikt behov och problem i ordinärt boende
- Att kartlägga sjuksköterskornas behov av kompetensutveckling i demensvård

---

Samverkan med forskare vid Mittuniversitet och Socialtjänsten förväntas ge värdefull kunskap om hur vi kan agera för ökad kvalitet i vården, självständighet och en acceptabel livskvalitet för den sjuke och dess närstående. Med trygghet och självständighet förväntas behovet av särskilt boende minska, vilket resultat från studier av PER-modellen verifierat. En demensvänlig kommun är målet där vi stödjer processen för den sjuke och närstående i hela förloppet från kognitiv svikt via utredning och diagnos för en god vård, behandling och omsorg till palliativ vård och ett värdigt avslut. Under hela processen säkerställer vi samtidigt som den anhörige får stöd och avlastning.

Den planerade utvecklingen och effekterna av den leder till ett proaktivt arbete i jämförelse med dagens reaktiva insatser. Med proaktivt arbete där vi skapar tidigare relationer och stöd till familjerna beräknas också behovet av anhörigstöd, dagvård och växelvård kunna erbjudas när behovet uppstår, att jämföra med 2019 då kommunen har kö för rätt stöd i rätt tid.

Under 2019 initierar Sundsvalls kommun arbetet med PER-modellen; Pedagogiska, Emotionella och Relationsbyggande verktyg som gör att personen med demenssjukdom upplever en större trygghet i tillvaron och kan bo kvar i hemmet längre, samtidigt som den anhörige får stöd och avlastning.

Samverkan med primärvård och specialistvård är etablerad under 2019 och regelbundna samverkansmöten sker där gemensamma målbilder och aktiviteter utarbetas. Med stöd av Idéslussen har det genomförts ett arbete tvärprofessionellt där processer i demensvården kartlagts, möjligheter, svagheter, hot och styrkor synliggjorts. Det arbetet har medfört att vi nu har en förbättrad samverkan, proaktiv ansats och gemensam målbild. Samarbetet mellan anhörigcenter, Demenscentrum och demensvårdskorttids är etablerad och utvecklas vidare för att möta behoven i ett tidigare skede. Processarbetet för demensvårdsutveckling är fortsatt prioriterat år 2020.

Under året har också kriterier för demensvårdsenheter utarbetas för att kvalitetssäkra att det bedrivs en evidensbaserad vård av god kvalitet anpassad för individer med demenssjukdom. Kriterierna är basala krav för en god och säker vård och utgör endast en plattform. Det är arbetet med individens behov i enlighet med Skönsmodellerna som utgör grunden för hur den enskildes behov ska tillgodoses.

## **Verksamhetssystem**

Under 2019 har planering och anpassning av nya verksamhetssystemet, Treserva pågått. Driftstart av nya verksamhetssystemet beräknas till hösten 2020.

## **Kvalitetsregister**

### **BPSD-registret**

Ny lokala riktlinje för demens i kommunen beräknas vara klar under första kvartalet och där kommer en rutin för BPSD registerarbetet med ett flödeschema att skapas.

- Att få igång arbetet med BPSD registret på de demensenheter som inte är igång
- Att öka kvaliteten på de bemötandeplaner som skrivs i BPSD registret.
- Öka antalet sticksprovkontroller bland BPSD registreringarna

---

## Mål 2020

- Att alla personer på demensenhet ligger inlagd i BPSD registret och får minst en uppföljning per år
- Att de personer som bor på somatisk enhet och har demens med BPSD symtom som påverkar livskvalitet blir registrerade och får en bemötandeplan och lämpliga omvårdnadsåtgärder

## Svenska palliativregistret

Verksamheten behöver bli bättre på att ta del av sina egna resultat. Det är i den lokala verksamheten som utvecklingen sker bäst. Till stöd för detta kom nya uppdaterade riktlinjer och rutiner finnas på plats under 2019. Validerad symtomskattning och etiska vårdplaner behöver bli vanligare och användas mer. Erbjudande av eftersamtal är ett viktigt område för att stötta anhöriga efter att en närstående avlidit. Etisk vårdplan som arbetssätt sprider sig sakta. En informationsfolder har tagits fram tillsammans med Regionen för att lämna till den enskilde och närstående.

## Senior alert

Även i Senior alert behöver verksamheten med enhetschef och sjuksköterskor bli bättre på att ta del av sina egna resultat och sätta egna lokala mål kring de fem olika kvalitetsområdena, fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Den lokala ledningen behöver återföra resultat till verksamhetens personal – för att få till en fortsatt kvalitetsutveckling.

Användningen av kvalitetsregistret i hemsjukvården är ett angeläget utvecklingsområde som behöver bli av under 2020.