

# **Patientsäkerhetsberättelse**

**2018**

Denna rapport är författad av Annika Eriksson verksamhetschef, Anders Engelholm Medicinskt ansvarig sköterska, Gurli Edlund Medicinskt ansvarig sköterska och Markku Paanalhti Medicinskt ansvarig Rehab. Sundsvall den 20 februari 2019.

---

---

## 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 Socialnämnden

Annika Eriksson  
Verksamhetschef Hälso- och  
sjukvård

---

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	4
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	6
<b>Organisation och ansvar</b> .....	7
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	8
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet</b> .....	10
<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	10
<b>Egenkontroll</b> .....	11
<b>Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	12
<b>Samverkan vid utskrivning från sjukhus</b> .....	12
<b>Vårdhygien</b> .....	13
<b>Utveckling av läkarmedverkan</b> .....	13
<b>Utveckling av den uppsökande munhälsovården</b> .....	13
<b>Risikanalys</b> .....	14
<b>Informationssäkerhet</b> .....	14
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	15
<b>Egenkontroll</b> .....	16
<b>Avvikelser</b> .....	17
<b>Kvalitetsregister - Resultat</b> .....	18
<b>Mål och strategier för kommande år</b> .....	26

---

## 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 2018/2019). I särskilda boenden har vi ytterligare ca 1 400 individer som också ska tillgodoses 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. Utvecklingen i Skönsmodellen med tvärprofessionella team är ett proaktivt arbete som bidrar till detta.

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 2019 i samverkan mellan medarbetare och chefer.

### Resultat som uppnått under 2018

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården
- Klagomålsmodul har utvecklats för externa/medborgare
- Avvikelsesystem har utvecklats för hantering av brister i vårdens övergångar
- HoS Personalwebb – tillgänglig för alla medarbetare med riktlinjer, rutiner och vägledning i patientsäkerhetsarbetet
- Patientsäkerhetskonferens för chefer genomförd
- Rutin för händelseanalyser utvecklats och börjat tillämpas
- LSS gruppboende att jämföras med särskilt boende upp till sjuksköterskenivå, för en god och säker vård initierats
- Samverkan med MIUN i fyra forskningsprojekt avseende demensvård som ett led i att bli en demensvänlig kommun.

---

<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 2019**

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.

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 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.

## 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 socialtjänstens samtliga områden; Hälso- och sjukvård, Vård och omsorg, Stöd och omsorg samt Individ- och familjeomsorgen. Hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs inom hemsjukvård, särskilda boenden, korttidsboende och dagverksamheter. Hälso- och sjukvårdsinsatserna bedrivs i kompetensområdena upp till legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och sjuksköterska. Region Västernorrlands primärvård ansvarar för läkarinsatser i kommunens hälso- och sjukvård.

### Strategier

Skönsmomodellen och Vanguard's systemsynsätt ska genomsyra arbete 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. I avvikelsehantering kan även fall och fallskador registreras, eller andra risker så att dessa kan

---

förebyggas på ett effektivt sätt. Alla avvikelser och fall med skada ska utredas och förebyggande insatser sättas in.

### **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 i Region Västernorrland som kommunen är ansluten till, eller direkt till kommunen – exv. via den nya digitala synpunktshanteringen som tagits fram under 2018. Målet är att det ska vara lätt att kunna lämna synpunkter och klagomål kring hälso- och sjukvården. Den som lämnat synpunkt eller klagomål ska få svar skyndsamt.

### **Kvalitetsregister**

I Sundsvalls kommun används fyra kvalitetsregister;

- 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 veckan 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.

## **Organisation och ansvar**

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

Socialnämnden är vårdgivare för hälso- och sjukvården och ansvarar för 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 socialtjänstens verksamhetsområde för att tillgodose kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med [Hälso- och sjukvårdslagen 2017](#).

### **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 rehab**

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 patientsäkerheten,
  - 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.

## **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 socialtjänstens 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 nivå
- Lokal Samverkansgrupp – verksamhetschef hälso- och sjukvård, och MAS/MAR<sup>6</sup> samverkar med de lokala vård- /hälsocentralerna och Sundsvalls sjukhus.

### **Ny lokal grupp kring nya utskrivningsreglerna**

I samband med att nya nationella utskrivningsreglerna från sjukhus började gälla 2018-01-01 har en lokal Dialoggrupp bildats mellan Sundsvalls kommuns socialtjänst och lokala företrädare för vård-/hälsocentraler samt Sundsvalls sjukhus. Målet är att lokalt utveckla och tillämpa de nya reglerna och förbättra samverkan mellan de olika vårdnivåerna. Målet är att ingen vårdtagare ska vara kvar längre på sjukhuset än dess tillstånd kräver.

---

<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.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

### Anhörigcentrum

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är äldre, 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

I ett projekt testas användning av så kallade läkemedelsautomater i hemsjukvården och i särskilt boende. Hälso- och sjukvården identifierar lämpliga och intresserade vårdtagare som får en läkemedelsautomat placerad i det egna hemmet eller i det särskilda boendet.

I hemsjukvården fyller hälso- och sjukvården på läkemedel så att den enskilde sedan kan med stöd av automaten sköta sin läkemedelshantering på egen hand. Om något inte fungerar som det ska finns digitalt stöd via automaten och rutiner för personalen för att avhjälpa problemet.

Målet är att öka den enskildes frihet och integritet samt förmåga till egenvård och att minska risken för avvikelser kring läkemedelshantering.

---

I särskilt boende är fokus på minskning av avvikelser och mindre på egenvård – även om det kan förekomma. Där sköter hälso- och sjukvården hela hanteringen kring läkemedelsautomaten. Målet är att se om användning av läkemedelsautomat kan påverka antalet medicinfel som förekommer i verksamheten.

## 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. Under de senaste åren har mindre justeringar gjorts i systemet för att lättare kunna identifiera brister kring vissa mer potenta läkemedel som insulin och Waran<sup>7</sup>. Några justeringar har även genomförts för att underlätta hanteringen av avvikelser i systemet.

Flexite används även till rapportering avfall och fallskador, trycksår eller andra risker som medarbetarna uppmärksammar.

## 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. Under 2018 har hälso- och sjukvården tagit fram en ny sida för denna hantering där de som vill framföra klagomål eller synpunkter kan göra detta digitalt. 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>8</sup> som avvisats där. Det kan beror 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> Waran är ett läkemedel som används för att förhindra att blodproppar bildas i blodkärlen hos de personer som har risk för att bilda blodproppar. Ordinationen är mycket viktig att följa för att undvika proppar eller blödningar.

<sup>8</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>9</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 (upphandling av extern granskning pågår)
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre	1 gång per år	Resultatsammanställning och analys

---

<sup>9</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 har hälso- och sjukvården utvecklat 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. Slutligen har ledningssystemet förpackats i en Powerpoint som publicerats på hälso- och sjukvårdens Personalwebb [www.sundsvall.se/hos-personalwebb](http://www.sundsvall.se/hos-personalwebb) lätt åtkomlig för alla medarbetare. En instruktionsfilm har tagits fram för att förklara 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 2018. 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 slutenvård 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 har en lokal arbetsgrupp (Dialoggruppen) bildats i Sundsvall med företrädare från kommun, vård-/hälsocentraler och sjukhuset i Sundsvall. Gruppen har träffats 8 gånger under 2018. Se resultat nedan.

## 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.

## Riskanalys

*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 ska ett omtag göras för att fler avvikelser ska analyseras.

Riskanalys 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.

Riskanalysen 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.

Riskanalys 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. Inför sommaren 2018 genomfördes en riskanalys för att identifiera svagheter och kunna sätta in förebyggande åtgärder. Sedan tidigare somrar finns god erfarenhet att komplettera sjuksköterskeorganisationen med undersköterskor som kan utföra vissa sysslor på delegering av sjuksköterskor. Resultatet vid uppföljning har bland annat visat på bättre sårläkning och minskad upplevd stress i sjukvården.

## 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.

Från och med hösten 2018 har arbetet med införandet av nytt verksamhetssystem, Treserva påbörjats. Projektet består av olika faser, hösten 2018 och fram till årets slut har planeringsfasen pågått. I delprojekt hälso- och sjukvård ingår en superanvändargrupp, chefer, MAS och MAR som på olika sätt kommer att vara delaktiga i införande arbetet.

Driftstart av nya verksamhetssystemet beräknas till mars 2020.

## Journalgranskning

Kommunen har under 2018 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*

Tre lex Maria har anmälts till IVO under 2018 (2017 skickades en lex Maria). Två handlar om brister inom den uppsökande tandvården och basal munvård. Nya rutiner håller på att tas fram där även utbildning/fortbildning är en stor och viktig del för att stärka området. En lex Maria handlar om en vårdtagare som föll i samband med en promenad utomhus vid ett av kommunens nya boenden och ådrog sig en höftfraktur. Händelseanalysen pekar på flera förbättringsområden som bland annat handlar om brister i utemiljö, riskbedömning i samband med utevistelse och rutiner kring extra tillsyn hos vårdtagare med kognitiv svikt. Nya rutiner har utarbetats och används nu i verksamheten. Utvärdering av följsamhet och behov av revidering av rutinerna ska genomföras under våren 2019.

## 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.

## Egenkontroll

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

**Tabell 2.** Egenkontroll

Avvikelse med vårdskador	Minska samt lex Maria	<b>Åtgärd:</b> Genomföra händelseanalyser och öka spridningen av resultatet.	<b>Resultat:</b> Tre allvarliga händelser har genomgått händelseanalys och anmälts enligt lex Maria under 2018. Två handlar om brister i basal munvård och en handlar om fallskada som bedömts som undvikbar.	<b>Analys:</b> Förebyggande åtgärder har identifierats och får genomslag i nya riktlinjer, rutiner som sprids successivt i verksamheten.
Säker läkemedelshandling	Färre avvikelser i jmf med 2016 och 2017. Öka rapporteringsgraden.	<b>Åtgärd:</b> Nya uppdaterade rutiner kring läkemedelshandling har tagits fram under 2018. Justering av funktionalitet i Flexite avvikelshanteringssystem där läkemedelstyper numera kan registreras, som Waran och Insulin.	<b>Resultat:</b> Antalet läkemedelsavvikelser har fortsatt öka under 2018. Se tabell 3 nedan. Antalet avvikelser där potenta 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 potenta läkemedel har inte vållat några kända vårdskador – men allvarliga risker.
IVO-, Klagomåls- och PEN-ärenden och patientklagomål.	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> 3 IVO-ärenden, 7 klagomål och 8 PEN-ärenden.	<b>Analys:</b> Bemötande och kommunikation/information är ofta återkommande delar i inkomna klagomål och synpunkter. Även funderingar från närstående kring följsamhet till rutiner som vård i livets slut, fallrisker mm.
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-/hälso-centraler. Vägleda sjuksköterskor kring avslut av ej aktuella	<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	<b>Analys:</b> Antalet svårt sjuka ökar i särskilda boenden och i hemsjukvård. Det ställer högre krav på kompetens hos medarbetarna och samverkan med



		hemsjukvårdsuppdrag.	Vård-/hälsocentral.	framför allt primärvården.
<p>Brukarperspektivet</p> <p>Senior Alert, BPSD, Palliativa registret</p> <p>WHODAS</p>	<p>Öka användningen av kvalitetsregister som ett systematiskt stöd och ta del av resultat.</p>	<p><b>Åtgärd:</b> Stötta verksamheter att komma igång med kvalitetsregisterarbete. Redovisa resultat på övergripande nivå för att väcka större intresse.</p> <p>WHODAS 2.0 – systematisk uppföljning av effekterna av rehabs insatser. Ej påbörjat!</p>	<p><b>Resultat:</b> Senior alert – ökat antalet riskbedömda individer med 100 stycken 2018. Palliativregistret – ökad kvalitet, men minskad täckningsgrad. BPSD – ökning av antalet skattade individer och ökat antal uppföljningar. Minskning av negativa poäng. Se detaljer nedan.</p>	<p><b>Analys:</b> Täckningsgraden ökar i kvalitetsregistren och att fler delar av registren nyttjas fullt ut. 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.</p>

## Avvikelser

När det gäller avvikelshantering ökar antalet registrerade avvikelser från verksamheten. Generellt bedöms detta inte som att felen 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	
Läkemedel	1614	1775	1999	↑
Fall	304	313	286	↓
Fall utan skada	1036	941	859	↓
Trycksår	8	8	13	↑
Rehab (ny från 2016)	8	8	19	↑
Annat	247	224	335	↑
Annat - ej patientbundet	25	29	35	↑

## 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 2018 är att:

- 12 gånger (samma resultat som 2017) har läkemedel givits till fel person. Inga allvarliga konsekvenser är registrerade.
- 97 gånger (2017 var det 106 gånger) har det skrivits avvikelse kring Waran. Inga allvarliga konsekvenser är registrerade.

- 74 gånger (en ökning från 55 gånger 2017) har det skrivits avvikelser kring Insulin. I de flesta fall finns det inga registrerade konsekvenser. Vanligaste konsekvensen för den enskilde är extra kontroll av blodsocker. I ett fall som registrerats - har den enskilde givit sig själv Insulin som krävde sjukhusvård. Förebyggande åtgärder är insatta.

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.

### Trycksår

Antalet avvikelser som handlar trycksår är troligen allt för lågt. Resultat från Senior alert visar att antalet är högre. Alla trycksår är vårdskador som är undvikbara och ska avvikelserapporteras 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 har blivit bättre på att identifiera brukare med risk för exempelvis fall. Bakomliggande orsaker identifierades i upp till 93 procent av alla med risk för fall och förebyggande åtgärder har utförts hos över 80 procent av brukarna. Detta i relation till minskning av antalet fall med eller utan skada kan tolkas som att det förebyggande arbetet har effekt vilket kan ses på övergripande aggregerad nivå.

### Uppföljning av allvarliga frakturer

Under 2018 har ett uppföljningsarbete genomförts kring de allvarligaste fallskadorna som höftfrakturer. Alla fall med höftfraktur som registrerats som en avvikelse har följts upp med en journalgranskning av medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR). Rapporten visar att antalet frakturer var 26 stycken under 2018, lägre än tidigare år. 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. Sammanfattning av rapporten.

**Tabell 4.** Allvarliga höftfrakturer

Höftfrakturer	2016	2017	2018	
Höftfrakturer	35	36	27	

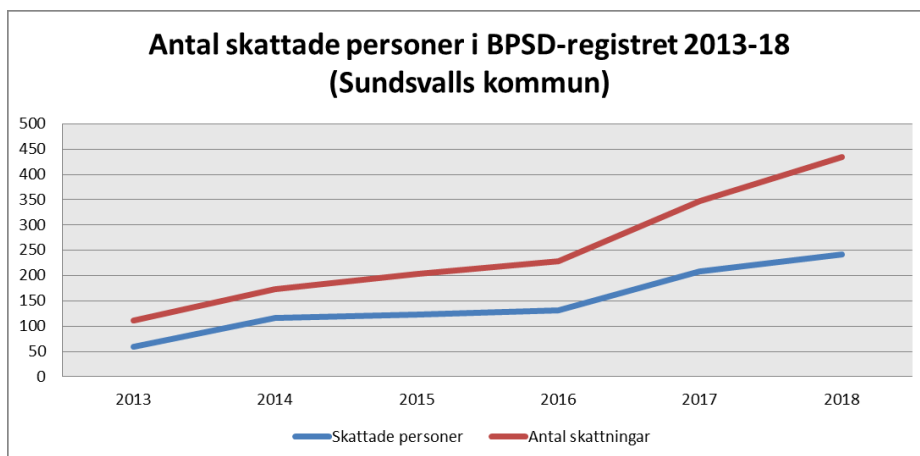
## Kvalitetsregister

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

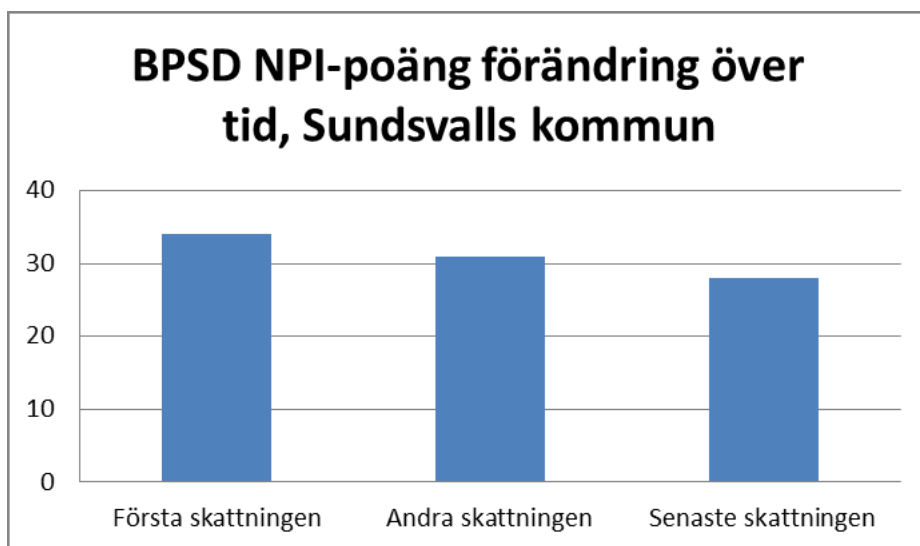
Antal utbildade BPSD<sup>10</sup>-administratörer var under 2018 61stycken. Det är positivt att antalet utbildare ökar – vilket även ses i resultaten nedan. Målet är att en registrering ska göras cirka fyra veckor efter flytt till särskilt boende och att

<sup>10</sup> BPSD = Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

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 ökar i jämförelse med antalet skattade personer - vilket indikerar att fler personer med BPSD-symtom får dem uppföljda.



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













Utbildarna på Demenscentrum ser att kvalitén på de registreringar som görs är lite ojämn. Detta uppmärksammas vid stickprovskontroller bland registreringarna. Framför allt är det bemötandeplanerna som behöver bli bättre och utvecklas.

### Senior alert – vårdprevention

Under 2018 har arbetet i Senior alert fortsatt i kommunens särskilda boenden. Följsamheten har ökat och fler får nu sina risker identifierade. Totalt har 1083 unika individer fått sina risker värderade i Senior alert. En ökning med drygt 100 vårdtagare mot 2017. 92 procent av de med risker har fått bakomliggande orsaker till risken identifierade (2017 var det 88 procent och 2016 endast 6 procent). 93 Procent har fått förebyggande åtgärder insatta och av dessa har 81 procent utvärderats som genomförda. Under samma period kan en minskning

av antalet fall och fallskador ses i Flexite – vilket kan tolkas som att det förebyggande arbetet ger effekt.







**Tabell 5.** Resultat Senior alert

		Unika personer	Vårdprevention			
			Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sundsvalls kommun	2018	1083	92%  1 532 av 1 673	93%  1 418 av 1 532	96%  1 474 av 1 532	81%  1 137 av 1 405
Sundsvalls kommun	2017	980	92%  1 402 av 1 526	84%  1 184 av 1 402	97%  1 358 av 1 402	82%  1 023 av 1 253
Sundsvalls kommun	2016	1064	93%  1 527 av 1 641	6%  91 av 1 527	86%  1 309 av 1 527	80%  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	
	Procent	Procent	Procent	
Ej trycksår vid dödsfallet	86	87	93	
Injektionsläkemedel mot ångest	89	91	94	
Injektionsläkemedel mot smärta	93	93	96	
Dokumenterad munhälsa	49	51	55	
Dokumenterat brytpunktssamtal	57	60	56	
Smärtskattning	41	46	34	

### Klagomål och synpunkter

Under året har det kommit in nio stycken ärenden via nya digitala systemet. Två ärenden har inte berört kommunens hälso- och sjukvård och har hänvisats vidare. Tre ärenden har inkommit via IVO som avvisats där på grund av att vårdgivaren inte givits möjlighet till hantering. Av de sju 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 läkemedels- hantering, bemötande från personal, hantering efter fallskada och en som handlat om synpunkter på de basala hygienrutinerna i samband med en infektionskänslig vårdtagare.

---

## Patientnämnden Etiska nämnden

Till Patientnämnden har det inkommit åtta ärenden under 2018 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 Patientnämnden Etiska nämnden

Patientnämnden	2016	2017	2018	
Ärenden	14	5	7	

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. I två ärenden har de hänvisat till MAS, i tre fall har den enskilde redan kontakt med kommunens personal som sjuksköterska eller MAS. Övriga har hanterats genom att ge den enskilde råd. Inga ärenden har skickats vidare skriftligt till MAS.

## 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 2018 har några allvarliga brister förekommit. Minst tre vårdtagare har fått allvarliga vårdskador som varit undvikbara. Utöver detta har det inträffat 27 höftfrakturer – där det finns flera lärdomar att ta del av. Potenta läkemedel som, Waran och Insulin, har förekommit i avvikelser fler gånger under 2018 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 stärkt speciellt mycket 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 Folktandvården 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 implementeras under 2019.

## Minskning av onödiga urinkatetrar

Under 2017 noterades i Svenska HALT-mätningen av vårdrelaterade infektionen 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.

Problemet togs upp på samverkansmöte med regionens representanter i LSG<sup>11</sup> som tog med sig frågan tillbaka till sjukhusets avdelningar. I HALT-mätningen hösten 2018 visade resultatet att detta fenomen upphört och att ett fåtal vårdtagare numera kommer till korttidsvården med kvarliggande urinkateter utan ordination. Antalet i Sundsvalls kommun ligger numera under riskgenomsnittet för korttidsvård.

## **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 brukares 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 2018. 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 2018**

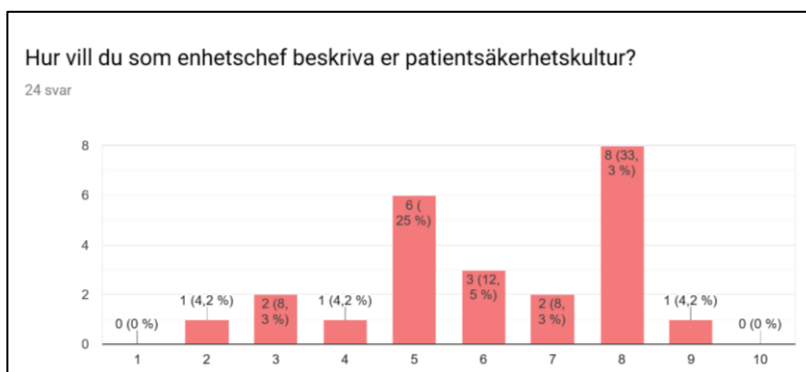
Hösten 2018 genomfördes den första Patientsäkerhetskonferensen i Sundsvalls kommun. Målgruppen 2018 var chefer i första linjen. Programmet hade satts samman av verksamhetschef, MAS/MAR och utvecklare inom hälso- och sjukvården samt med stöd av informatör.

Rubriken för dagen var ”Att leda mot en god patientsäkerhetskultur”. Diskussionerna utgick från några olika frågeställningar som; vad den betyder för mig som ledare, hur får vi till en förflyttning framåt? Frågorna kretsade kring de olika stöd som finns som; riktlinjer och rutiner på Personalwebben och basala hygienrutiner.

I den utvärdering som gjordes på plats med den digitala plattformen ”Menti” - visade att dagen varit uppskattad och planen är att den ska återkomma årligen. En enkät skickades ut efter Patientsäkerhetsdagen till Socialtjänstens samtliga enhetschefer. En av frågorna kretsade kring vilken patientsäkerhetskultur som finns i verksamheten. Resultatet visar en svagt positiv bild, se nedan. Det finns utrymme till en förflyttning framåt.

---

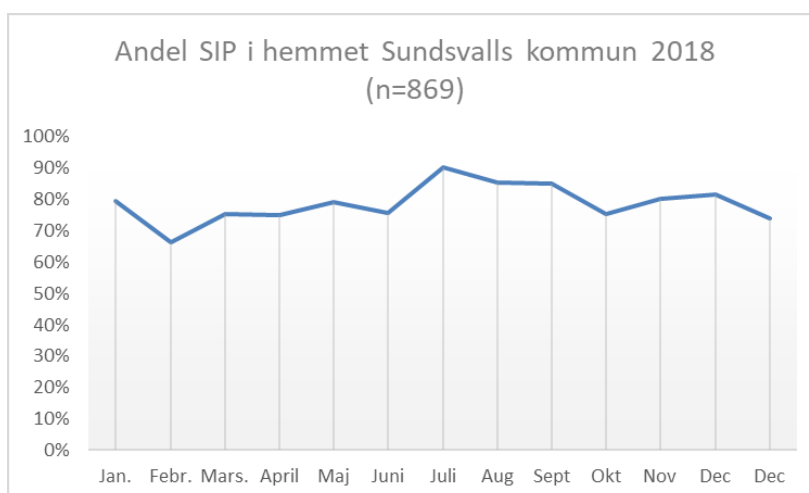
<sup>11</sup> Lokala samverkansgruppen i Sundsvall



Figur 3. Enhetschefers bedömning av patientsäkerhetskulturen är svagt positiv. Det finns dock utrymme för en förflyttning framåt.

## Resultat - Samverkan vid in- utskrivning från sjukhus

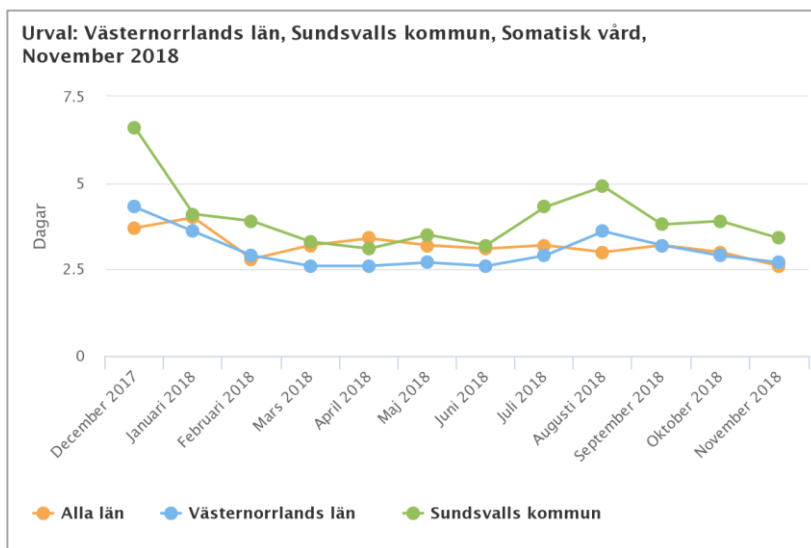
Antalet SIP som skrivs i IT-stödet Prator har ökat under 2018. Dock har andelen SIP som genomförs i den enskildes hem inte ökat under 2018. I snitt genomförs fortfarande runt 80 procent av alla SIP-möten på sjukhuset.



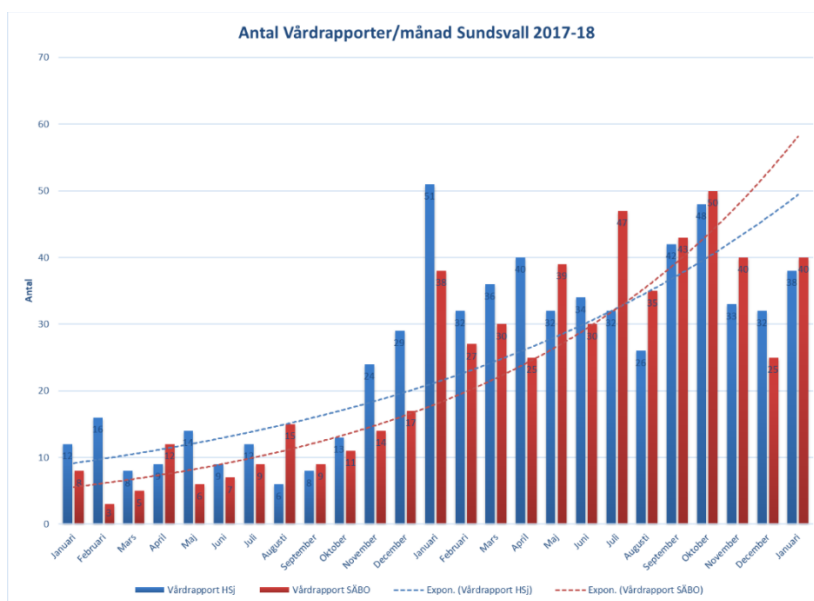
Figur 4. Andelen samordnade individuella planer (SIP) på sjukhus låg stadigt runt 80 procent under hela 2018.

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 utvecklats åt fel håll.

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 övergång är så låg som möjligt.



Figur 5. Sundsvall i jämförelse med länet och riket. Antal dagar som individer är utskrivningsklar på sjukhus.



Figur 6. Antalet digitala Vårdrapporter, när en vårdtagare behöver sjukhusvård, har ökat senaste två åren och låg under 2018 på en stadigt hög nivå.

## Resultat – samverkan kring vårdhygien

Under 2018 har det genomförts sex stycken hygienronder (lika många som 2017) i verksamheter i socialtjänsten. Hygienronder ska genomföras var 4:e år i respektive verksamheten, exv. 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.

Under 2018 har hygiensjuksköterskor, som kommunen har avtal kring med Region Västernorrland, genomfört drygt 30 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.

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 2018 har det förekommit flera vårdtagare med resistenta bakterier. Någon intern spridning har dock inte rapporterats. Andra smittor som förekommit är den årliga influensan – där det förebyggande arbetet med vaccination av de sköra äldre fungerat mycket bra. Den så kallade vinterkräksjukan 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 har fungerat väl. Rapportering kring dessa smittor behöver utvecklas för att kunna planera förebyggande insatser i samverkan med hygienexpertis.

## Resultat uppsökande mun- och tandvården

Antalet personer som fått en munhälsobedömning av Folk tandvården 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 Folk tandvården 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 resultaten kan delges verksamheten för att de ska kunna utveckla sitt arbetssätt.

Tabell 8. Uppsökande mun- och tandvård

	2016	2017	2018
Målgrupp/personkrets N1-N4 i Sundsvalls kommun*	~2560 st.	~2560 st.	~2560 st.
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.

I överenskommelsen mellan VårdVal, Folktandvården och kommunen igår 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 2019.

Folktandvården har startat upp ett Kompetenscenter för äldretandvård. Huvudfokus är utbildning av Folktandvårdens medarbetare. Kompetenscentrets ledning och dess samordnare kan även delta vid externa aktiviteter som på anhörigträffar mm. och samverka med kommunens ledning för att utveckla området.

## Resultat Blåsdysfunktion (inkontinens)

Under 2018 har kommunen och upphandlade leverantören gått över till ett helt nytt 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 med ca 1 miljon kronor på årsbasis. Med fler som får utredning för sina besvär och en bättre förskrivning via stödet Guide kan dessa siffror sannolikt kunna minska ytterligare.

## Mål och strategier för kommande år

### Utskrivning från sjukhus – kvalitetssäkring av vårdens övergångar

Antalet SIPar i ordinärt boende efter utskrivning från sjukhus behöver öka under 2019. Även proaktiva SIPar för att ännu bättre kunna förebygga undvikbar slutenvård. 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 hjälp-

---

medel förskrivna av legitimerad personal. I Sundsvall saknar många grundutbildade sjuksköterskor specifik utbildning för vård vid blås- tarmdysfunktion. Under 2018 har en upphandling av utbildning på högskolenivå genomförts av länets kommuner inom blås- och tarmdysfunktion på 7,5 högskolepoäng. Under våren 2019 kommer denna utbildning att startas av Mittuniversitetet som vann upphandlingen. Totalt fem utbildningsomgångar finns upphandlade.

Men 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.

## **Demensvård – 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 är 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 kartlägga 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.

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.

## **Verksamhetssystem**

Under 2019 pågår planering och anpassning av nya verksamhetssystemet, Treserva. Driftstart av nya verksamhetssystemet beräknas till mars 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 flödes-schema 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 2019

- Att alla personer på demensenhet ligger inlagd i BPSD registret och minst får 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 kommer nya uppdaterade riktlinjer och rutiner finnas på plats våren 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.

### 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 är ett viktigt steg att ta under 2019.