

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

Hälso- och sjukvård

Socialtjänsten

Sundsvalls kommun

År 2017

Denna rapport är författad av undertecknad, Anders Engelholm Medicinskt ansvarig sköterska Nord, Gurli Edlund Medicinskt ansvarig sköterska Syd och Markku Paanalahti Medicinskt ansvarig Rehab. Sundsvall den 13 februari 2018.

Förord

En god vård kännetecknas av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, 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 att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande förhållningssätt.

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

Hur alla betar sig mot varandra och samarbetar, påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa 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 våra rutiner och system säkerställer en god och säker vård – gärna i dialog och samverkan med de vi finns till för och deras närstående.

Säkerhet är alltså något som vi skapar tillsammans i vardagen!

Våra utmaningar!

Andelen inskrivna patienter i hemsjukvård har ökat med 1 000 i snitt/mån (jmf 2015)– trenden stigande! (3100 patienter inskrivna i december 2017)

Stor omsättning på legitimerad personal – vi behöver attrahera, rekrytera – och framförallt behålla våra medarbetare

Allt fler svårt sjuka skrivs ut från slutenvården med krav på hög medicinsk kompetens – hur kan vi tillgodose det ökade behovet

LSS boende att jmf med Särskilt boende upp till sjuksköterskenivå - för en god och säker vård

En ökad psykisk ohälsa och patientgrupper med både nya och andra behov

Vi kan bli bättre!

Sundsvalls kommun ligger långt över riket (14.9 procent) vad gäller förekomsten av urinkateter vid vår korttidsvård (36.4 procent))

Eftersamtal vid palliativ vård endast 35 procent - i övrigt har vi blivit något bättre på att lindra smärta, ångest och rosslighet i jmf med registreringar 2015

Demensvård; Väntan på anhörigstödsplatser och platser på aktivitetscentra är lång, vilket ökar risken för ohälsa och behov av särskilt boende snabbare

Rapporterade avvikelser avseende läkemedel ökar – avser främst att doser inte blivit givna enligt ordination

Läkemedelsgenomgång årligen – låg andel genomförda i jämförelse med länet i övrigt - ska ske 1g/år i särskilt boende.

Vi har mycket att vara stolta över, men vi behöver bli ännu bättre på att identifiera, analysera och återkoppla resultaten i våra verksamheter. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska prioriteras år 2018 i samverkan med våra medarbetare och chefer.

Annika Eriksson
Verksamhetschef
Hälso- och sjukvård
Sundsvalls kommun

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	7
Ett gemensamt ansvar.....	7
Patientsäkerhet i siffror	8
Systematiskt patientsäkerhetsarbete förebygger vårdskador.....	10
Vårdgivarens ansvar	10
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	10
Vårdgivare	10
Verksamhetschefens ansvar	11
MAS och MAR ansvar	11
Enhetschefens ansvar	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	11
Ledningssystem.....	12
Hälso- och sjukvård personalwebb	12
Planera, leda och kontrollera verksamheten.....	12
Systematiskt arbete för att förebygga risker och vårdskador	13
Undersöka och analysera vilka risker som finns fortlöpande	13
Avvikelsehantering.....	13
Utreda inträffade händelser	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Ta emot och hantera klagomål	15
Kvalitet – nationella register	15
Vårdprevention.....	16
Senior Alert – Bedömning och uppföljning	16
Vårdprevention-resultat.....	17

Fallskador	17
Trycksår.....	18
Nutrition	18
Munhälsa	18
Vårdrelaterade infektioner.....	18
Punktprevalensmätning (PPM) Svenska HALT	18
Blåsdysfunktion (inkontinens)	19
Mätning av antal personer med behandling av kvarliggande urinkateter	19
Palliativ vård	20
Svenska Palliativregistret	20
Läkemedel	21
Kartläggning av läkemedelsanvändningen och läkemedelsavvikelser	21
Läkemedelsgenomgångar.....	21
Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd	22
Utbildningsinsatser.....	22
Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.....	22
Dokumentation	23
Rutin för loggkontroll.....	23
Hur har vi bedrivit vårt arbete som stöd för god patientsäkerhet.....	24
Korttidsvård.....	25
Skönsmomodellen – Vanguard	25
Dagrehab/Träffpunkter	25
Forskning och Utveckling	25
WHODAS 2.0	25
Demensvård.....	25
En demensvänlig kommun	26
Demenscentrum.....	26

BPSD-registret	28
Forskningsprojekt Demensvård.....	29
Rehabilitering	29
Medicintekniska produkter och kognitiva hjälpmedel	30
Utveckla arbetssätten.....	31
Teamarbetet i centrum.....	31
Korttidsboende som utvecklingsarena för teamarbete	32
Skönsmomodellen, teamarbete, en del av patientsäkerhetsarbetet	32
Lära av goda exempel och misstag och sprida erfarenheterna.....	32
Intern kommunikation och informationsöverföring på enheten.....	33
Extern informationsöverföring och kommunikation.....	33
Samverkan med andra vårdgivare	34
Samverkansavtal om läkarmedverkan.....	34
Avvikelser i Vårdkedjan.....	34
Uppsökande tandvård – munhälsobedömningar	35
Vårdhygien	35
Övergripande mål och strategier i	36
patientsäkerhetsarbetet för kommande år 2018.....	36
Fortsatt arbete och förbättringar i arbetet med systematiskt patientsäkerhetsarbete.....	38
Lagar, förordningar och författningar som styr patientsäkerhetsarbetet	39
Bilaga 1	41
RESULTAT – TABELLER/FIGURER	41
Referenser.....	47

Inledning

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Ambitionen med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Ett gemensamt ansvar

För att nå detta måste alla i vården arbeta med förbättringar och lära av tidigare erfarenheter och utveckla arbetssätt och system som stödjer en säker vård.

Det är alltså det gemensamma arbetet som ger en hög patientsäkerhet. Vården skapar säkerheten i varje möte och i varje arbetsmoment, alla tillsammans. Hälso- och sjukvården är komplex – både människa, teknik och organisation påverkar det dagliga arbetet. Risker uppstår och förändras ständigt, och de måste hanteras.

I patientsäkerhetslagen definieras patientsäkerhet som "skydd mot vårdskada". Målet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerhet i siffror

Vad har utvecklats i rätt riktning?

Sundsvalls kommun ligger lägre än riket totalt både när det gäller risker för sår och trycksår (HALT)

Från 6% → 84% registreringar av bakomliggande orsaker till en risk för skada – ökat engagemang

Antalet patienter med BMI <22 har minskat mellan 2016 och 2017

Antal registrerade trycksår i Senior alert har minskat mellan 2016 till 2017

Riskbedömning med analys av bakomliggande orsaker för den enskilde har ökat från 6 till 84 procent på ett år. Ett resultat som är betydligt högre än landet i övrigt. Medel i riket ligger på 58 procent.

Användning av verktyg för att värdera smärta vid vård i livets slutskede ökar.

Vi har blivit bättre på att smärtlindra, lindra rosslighet och att vara närvarande i samband med vård i livets slut.

Andelen bemötandepaner ska öka – vilket ses framför allt mellan 2016 (88%) och 2017 (97%). Sundsvalls kommun ligger högre jämfört med både länet och riket.

Patientnämnden - 6 ärenden (14 ärenden år 2016)

En händelse i Sundsvalls kommun har medfört en anmälan enligt lex Maria. Att jmf med 7 lex Maria 2016.

Utbildning i [Demens ABC](#) . Sundsvalls kommun ligger på fjärde plats i länet och 17:e i landet.

Målet är att minska BPSD-symtomen för den enskilde patienten. Mätning sker via så kallade NPI-poäng (Neuro Psychiatric Inventory) och ju lägre poäng ju mindre BPSD-symtom. En svag trend med lägre poäng kan ses under året.

Totalt ökar rapporteringsgraden vilket är bra. Andelen med risk för svår vårdskada eller uppstådd svår vårdskada har inte ökat.

Områden där vi har likvärdiga resultat de senaste två-tre åren

Åtta Rapporterade trycksår

Åtta Rapporterade avvikelser inom rehab

Munhälsobedömning - antalet patienter med ohälsa grad 2 är samma som under 2016

Rapporterade avvikelser från landstinget var cirka 20 stycken under 2017, lika många som 2016.

Vad behöver hanteras och förbättras?

Antalet riskbedömningar minskar. Ca 500 färre än toppresultatet år 2015. Målet är att samtliga personer som bor i särskilda boenden ska erbjudas en riskbedömning avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. 1000 individer har riskbedömts med stöd av Senior Alert. Ambitionen är att vi genomför riskbedömning åtminstone 2 ggr/år och individ.

31 höftfrakturer under året i jmf med 21 föregående år. Antalet höftfrakturer i Sundsvall har vi registrerat sedan år 2004. Antalet har varierat mellan 20-35. Totalt under denna tidsperiod är det 342 höftfrakturer. Höftfrakturerna har registrerats på äldreboenden.

Andelen utförda läkemedelsgenomgångar i särskilt boende år 2017 ligger på 35 procent i Sundsvalls särskilda boenden – i jämförelse med 67 procent på länsnivå. I hemsjukvården har knappt 10 procent fått en läkemedelsgenomgång – länet 29 procent.

Eftersamtal med närstående efter vård i livets slut utförs endast för 35%.

Våra goda exempel på utveckling som leder till ökad patientsäkerhet

- Korttidsvård
- Trygg och säker hemgång – pilot Indal/Liden
- Skönsmomodellen
- Personalwebb

Tvärprofessionella team ska genomsyra hela verksamheten.

Egenkontroll – kvalitetsregister – för uppföljning och kvalitetsledning

- HALT 2017 Vårdrelaterade infektioner
- Senior Alert
- Läkemedelskontroll/genomgångar
- Palliativa registret
- BPSD
- Basala hygienrutiner regelbundet

Systematiskt patientsäkerhetsarbete förebygger vårdskador

Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar ytterst om att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Utredning av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada är centralt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Syftet är att lära av det inträffade för att förhindra en återupprepning eller begränsa effekterna av sådana händelser som inte helt går att förhindra.

För att minska riskerna behöver alla i vården arbeta systematiskt med patientsäkerhet.

Om vården systematiskt överblickar resultaten av kvalitetsmätningar, analyserar risker och avvikelser och lär av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa, och använder resultaten för att förstå vad som gör det avvikande möjligt, går det att utforma åtgärder och förändra verksamheten så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador minskar.

Chefer, ledare och beslutsfattare behöver underlätta och skapa förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren har ett omfattande ansvar när det gäller vårdskador och händelser som hade kunnat leda till en vårdskada. I ansvaret ingår bland annat att:

- utreda klagomål och synpunkter
- utreda händelser
- anmäla allvarliga vårdskador
- anmäla personal som utgör en fara för patientsäkerheten
- informera patienten som drabbats av en vårdskada
- rapportera vissa fel på medicintekniska produkter och vissa brister i märkningen eller bruksanvisningen
- rapportera biverkningar av läkemedel

Patientsäkerhetsberättelsen ska redovisa hur Sundsvalls kommun säkerställer att detta ansvar fullföljs.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare

Vårdgivare är Socialnämnden. Vårdgivaren ansvarar bl.a. för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård tillgodoses.

För verksamhetens bedrivande har Socialnämnden tillsatt en verksamhetschef samt Medicinskt ansvarig sköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) med uppdraget att tillgodose att den kommunala hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med intentionerna i [Hälso- och sjukvårdslagen 2017](#)

Verksamhetschefens ansvar

Inom hälso- och sjukvården har verksamhetschef ansvar för verksamheten.

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

Inom hälso- och sjukvård innebär det att göra rätt åtgärder i rätt tid för att få önskat resultat.

Verksamhetschefen ska upprätta ett ledningssystem och med det styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

Kontakt verksamhetschef: [Kontaktuppgifter ledning Socialtjänsten](#)

MAS och MAR ansvar

Medicinskt ansvarig sköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering ska säkerställa:

Att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

Att anmälan görs till nämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,

Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

Att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,

Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och fungerar väl.

Att svara för att beslut om delegeringar är förenliga med säkerheten för patienterna.

I ansvaret ingår att besluta om iordningställande eller administrering av läkemedel får delegeras eller om vissa begränsningar ska finnas.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen har det samlade ansvaret för all hälso- och sjukvård som bedrivs vid enheten.

Enhetschefens ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som MAS, MAR och verksamhetschef HoS fastställt följs i verksamheten samt att dessa är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enhetschefen ansvarar för kvalitetsarbetet vid enheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Bestämmelsen om det personliga yrkesansvaret regleras i patientsäkerhetslagen (PSL). Personalen har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och rapportera avvikelser om en patient drabbas av vårdskada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal (PSL, 2008:355).

Syftet med dokumentation är att i första hand ge patienten en säker och god vård.

Ledningssystem

Inom verksamhetsområdet Hälso- och sjukvård ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och verksamhetschef upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet med ledningssystemet.

Under året har arbetet med ledningssystem för Hälso- och sjukvården varit prioriterad som då också inkluderar egenkontroll. Enhetschefer (HoS), MAS, MAR och verksamhetsutvecklare har träffats regelbundet för att identifiera processflöden.

Ledningssystemet ska vara vårt stöd för att identifiera, beskriva och fastställa de processer som bedrivs samt utarbeta rutiner för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels ange hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret är fördelat. Vårdgivaren ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som medför brister i verksamhetens kvalitet. Med riskanalys ska sannolikhet och konsekvenser för en händelse uppskattas.

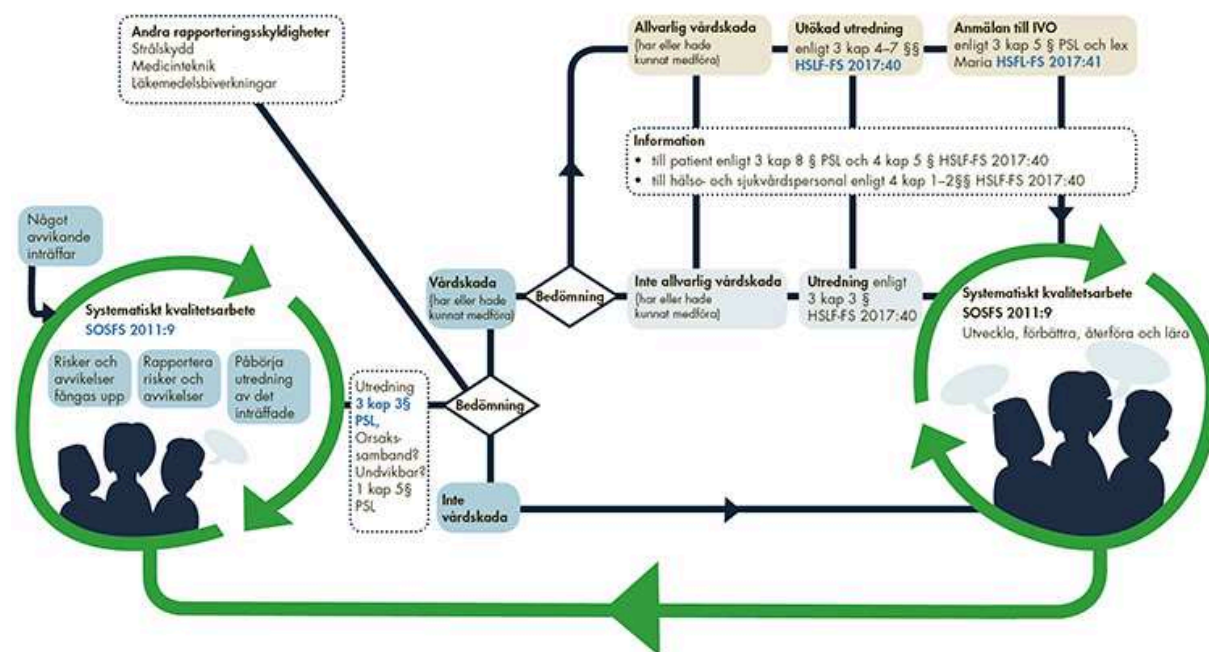
Vidare ska vi ha rutiner för egenkontroll med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Hälso- och sjukvård personalwebb

Under 2017 har en helt ny webbplats skapats för alla rutiner och riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Sidan ligger externt så att även LOV hemtjänst kan komma åt det de behöver i sitt arbete samt vård-/hälsocentraler. Sidan heter [HoS Personalwebb](#).

Planera, leda och kontrollera verksamheten

Utredning av händelser i hälso- och sjukvården



Systematiskt arbete för att förebygga risker och vårdskador

Sundsvalls kommun använder sig av nationella kvalitetsregister för att förebygga risker men också för att kunna följa upp vilken kvalitet vi har i vården. Samtliga verksamheter inom Socialtjänsten och hemsjukvården deltar i det arbetet. Förutsättningen för en god och säker vård är att samtliga medarbetare och chefer har ett engagemang. Med en 100-procentig registrering skulle vi ha god kontroll på om vi bedriver en god och säker vård.

Egenkontroll av följsamhet av basala hygienrutiner, uppföljning av smitta och en hög grad av rapportering av avvikelser blir avgörande underlag för att säkerställa en god och säker vård. Klagomål på vården och händelseanalyser är vårt stöd i arbetet med ständiga förbättringar som ger medarbetare inflytande och delaktighet i en bättre patientsäkerhet och därmed en god och säker vård.

En stor andel av vårdskadorna är i grunden relaterade till brister i information och kommunikation. Samverkan mellan olika professioner (teamarbete) inom kommunen och mellan vårdgivare genom upprättande av riskförebyggande tvärprofessionella hälsoplaner behöver stärkas i framtida patientsäkerhetsarbete.

Undersöka och analysera vilka risker som finns fortlöpande

Avvikelsehantering

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat som till exempel en vårdskada. Avvikelser kan vara relaterade till den medicinska behandlingen, omvårdnad, rehabilitering eller medicintekniska produkter. Avvikelser kan också förorsakas av brister i samverkan mellan vårdgivare genom vårdkedjan (vårdens övergångsställen).

En avvikelse identifieras och analyseras för att få kunskap om vilka åtgärder som ska vidtas för att öka patientsäkerheten. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En övergripande rutin för rapportering och analysering av avvikelser finns via det digitala systemet Flexite. Avvikelse rapportering har en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet och den hjälper enhetschefer att utreda, åtgärda, följa upp samt återföra resultat till personalgrupper.

Vården är även skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna till de nationella myndigheterna, vilka inom hälso- och sjukvården i första hand är IVO och Läkemedelsverket. På så sätt skapas förutsättningar för lärande och kunskapsutveckling om patientsäkerhet på nationell nivå (7).

Resultatet för år 2017 visar att hälso- och sjukvårdspersonal ökat sin rapportering vilket är en positiv utveckling av patientsäkerhetsarbetet. En ökad kunskap om avvikelser och rapportering är förutsättning för ett framgångsrikt systematiskt förebyggande arbete inom enheterna. Under året rapporterades totalt 3298 avvikelser och fall jämfört med 3280 avvikelser år 2016. (Utvecklingen gällande avvikelserregistreringar mellan 2014-2017 i systemet Flexite se vidare länk till [44](#)).

Sannolikt finns fortfarande att mörketal och det är därför positivt att antalet avvikelser ökar. Det visar att avvikelssystemet fungerar som det ska. Huvudsakliga målet är att minska de allvarliga avvikelserna, exempelvis där insulin eller andra potenta läkemedel förekommer.

Den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshantering är utebliven dos på grund av glömska och/eller bristande kommunikation (8). Antalet inrapporterade avvikelser gällande läkemedelshantering visar att vid ca.1 promille (0,099 procent) blir det något fel – vilket är en låg siffra. Hantering av läkemedel innefattar delegering, ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Enhetschef och sjuksköterska upprättar utifrån MAS rutin en lokal arbetsordning för läkemedelshantering på enheten och följer upp den årligen. Sjuksköterska har ansvar för hantering och administrering av läkemedel i de fall patienten inte klarar detta på egen hand. För att minska risker för felaktig läkemedelshantering används delegering inom vården.

Utreda inträffade händelser

Sundsvalls kommun använder Flexite för samtliga avvikelserrapporter som avser risker och händelser där medarbetare bedömt det som en avvikelse. Rapporterade avvikelser handläggs i ett första skede av närmaste chef. MAS och MAR har information om samtliga avvikelser som rapporteras. Närmaste chef ansvarar för att handläggning initieras. Vid händelser där bedömningen är att risk för vårdskada finns alternativt att vårdskada uppstått handläggs av MAS och MAR. I Sundsvall har vi rutiner för avvikelshantering samt rutiner för hur händelseanalyser ska genomföras. Syftet med rutinen för händelseanalys att skapa engagemang och delaktighet hos chefer. Det är ledningen som kan bidra till att arbetsrutiner och tillämpning förändras. Det är också chefer/ledning som ansvarar för att berörda medarbetare och patienter och deras närstående får den information de ska ha – och att de får den skyndsamt. Av de händelseanalyser som genomförts har en medfört en anmälan enligt lex Maria.

Samverkan med patienter och närstående

Patient och närstående ska alltid informeras om risk för allvarligare händelse uppstått och när en allvarlig händelse har inträffat. Vi ska också säkerställa att patienter och närstående har tillgång till information om hur de kan lämna synpunkter till kommunen avseende hälso- och sjukvård, göra enskild anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt hur de kan få kontakt med patientnämnden.

En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Patient och närstående ska informeras och göras delaktiga i säkerhetsarbetet. En säker och trygg miljö, för både patient och anställd uppnås om det finns en gynnsam säkerhetskultur.

Samverkan med patienten/närstående ska stärkas genom delaktighet i omvårdnaden. På patientens begäran ska information lämnas. Om patienten inte kan ta emot information lämnas den till närstående efter samtycke eller menprövning.

Vårdgivaren är skyldig att snarast informera en patient som drabbats av eller riskerat att drabbas av en vårdskada. Information ska även ges om vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Patienten ska även informeras om möjligheten att anmäla klagomål till Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg samt begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) och eller enligt läkemedelsförsäkringen. Uppgift om den information som har lämnats ska dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

Verksamhetsberättelse år 2017 för Patientnämnden-Etiskanämnden i Landstinget Västernorrland visar 6 ärenden för Sundsvalls kommun.

I Sundsvalls kommun finns nu också möjligheter att lämna klagomål på hälso- och sjukvård via Sundsvall.se. Klagomålen utreds skyndsamt och återkopplas till berörda.

Ta emot och hantera klagomål

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

Klagomål ska besvaras på ett lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Den som klagat ska få en förklaring till det som hänt och, när det behövs, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren tänker vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Inför årsskiftet lanserade Sundsvalls Kommun en länk via Sundsvall.se där medborgare ges möjlighet att rapportera klagomål och missnöje gällande Hälso- och sjukvård. Syftet är att göra det enkelt för patienter och närstående att lämna klagomål samt att vi får möjlighet att utreda dem i likhet med händelseanalyser och skyndsamt återkoppla handläggning och resultat.

Kvalitet – nationella register

För att systematiskt förebygga risker för vårdskador använder vi följande kvalitetsregister:

Senior alert

Svenska palliativa registret

Registret beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Avvikelsehanteringssystemet Flexite

Systematisk kartläggning av patienternas behov, risker för vårdskador och avvikelserregistrering är betydelsefullt för att öka medvetenheten om det riskförebyggande arbetet hos chefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Vårdprevention

Vårdpreventionen har som mål att identifiera personer som har en risk att få en ohälsa eller vårdskada. I Sundsvalls kommun fokuseras det vårdpreventiva arbetet på flera områden som:

- Fall
- Trycksår
- Undernäring
- Ohälsa i munnen
- Blåsdysfunktion (inkontinens)
- Läkemedel

I centrum står den vårdpreventiva processen, som ger struktur åt arbetet, från riskbedömning till insatta åtgärder, uppföljning och analys av resultat. Resultatet ska bidra i lärandet och återkopplas till medarbetare. Återkoppling kan ske på övergripande nivå för Socialtjänsten, verksamhetsnivå, enhetsnivå och individnivå.

Det pågår ett arbete med att ta fram ett länsvårdsprogram kring vårdprevention. Målet är att programmet ska antas våren 2018 för att därefter implementeras i Sundsvalls kommun.

Senior Alert – Bedömning och uppföljning

Varje enskild person som möter vård och omsorg ska ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Med hjälp av Senior alert kommer den enskildes perspektiv och teamets roll i fokus.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktninskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Alla personer som får vård och omsorg av kommunen ska riskbedömas med hjälp av strukturen i kvalitetsregistret [Senior alert](#). Riskbedömningen kan göras av undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast eller enhetschef. Avgörande är att det tvärprofessionella teamet efter riskbedömning tillsammans resonerar och dokumenterar en hälsoplan och planerad uppföljning.

Seniort alert möjliggör jämförelser mellan verksamheter och olika kommuner i Västernorrland och övriga Sverige. Inom flera områden använder Socialstyrelsen resultat från Senior alert till sina Öppna jämförelser inom äldreomsorgen.

Våren 2017 förändrades Senior alert då en helt ny plattform sjösattes (Senior alert 2.0). Förändringen innebar en stor förbättring för hälso- och sjukvårdspersonalens arbete i kvalitetsregistret. Det blev lättare att följa och få en överblick över de patienter som finns registrerade i verksamheten.

Vårdprevention-resultat

Riskbedömningar och planerade åtgärder för att förebygga vårdskador minskar (jmf 2016)

I samband med förändringen av kvalitetsregistret Senior alert har förutsättningar att även notera vilka bakomliggande orsaker som ligger till grund för den enskilda personens risker. Detta syns mycket tydligt i resultaten för Sundsvall som ökat från 6 till 84 procent på ett år. Se [Figur 3. Vårdprevention 2017_Sundsvalls kommun](#) är nu en av Sveriges bästa kommuner. Medel i riket ligger på 58 procent. Genom att identifiera bakomliggande orsaker är det lättare att skraddarsy individuella, förebyggande åtgärder för individen.

Antalet individer som fått en riskbedömning registrerad i Senior alert har minskat från 2015. Socialnämnden har som mål att andelen ska öka. Det kan innebära att färre får sina risker bedömda och det blir därför svårare att avgöra om alla som har en risk fått förebyggande åtgärder insatta. [Figur 4. Trend, andel riskbedömningar och unika personer i SÄBO som riskbedömts i Senior alert i Sundsvall.](#)

Fallskador

Konsekvenserna när en äldre människa ramlar är ofta allvarliga och kan ge upphov till ett långt lidande och risken att avlida till följd av en fraktur är väsentligt högre. Det är också viktigt att identifiera personer med risk för fall även i hemsjukvården och särskilda boenden för brukare inom Stöd och Omsorg samt Socialpsykiatri. I Sundsvalls Kommun ska samtliga på äldreboenden riskbedömas och åtgärder genomföras för att minska risken. Målet är att öka antalet riskbedömningar också ska ske i hemsjukvården/hemtjänsten.

Samtliga fall och fallskador ska dokumenteras i systemet för avvikelser Flexite (4) samt i patientens hälso- och sjukvårds journal.

Under 2017 har antalet fallskador med höftfrakturer som följd ökat. Orsakerna kan vara många, det är svårt att peka ut en specifik orsak. Vi har observerat att andelen äldre i särskilda boenden får något fler lugnande läkemedel mot tidigare två år.

Användandet av lugnande läkemedel har ökat vilket påverkar både omdöme och balans. Se utfall i. länk [Figur 5. Antalet fallskador med höftfrakturer som konsekvens](#)

Skador på huvudet är också en allvarlig konsekvens i samband med fall. Antalet är lågt – men konsekvenserna för den enskilde individen kan vara katastrofala.

Trycksår

Trycksår definieras som en skada av huden och underliggande vävnad, orsakad av tryck eller *skjuv* (en förskjutning av vävnadslagren i förhållande till varandra) eller en kombination av dessa. Trycksår ska förebyggas. Trycksår är en vårdskada som alltid ska registreras som en avvikelse i Flexite (4). Antal registrerade trycksår i Senior alert har minskat mellan 2016 till 2017. Samtidigt minskade antalet individer som registrerats. Riskbedömning för trycksår behöver öka i verksamheten.

Nutrition

Lokala riktlinjer för nutrition finns i verksamheten och alla personer inom särskilt boende ska bedömas och åtgärder sättas in vid nutritionsproblem. Sjuksköterska har omvårdnadsansvaret för individens näringstillstånd. Samarbeta och dialog med kontaktperson/undersköterska är betydelsefull. Den som arbetar närmast individen och följer utvecklingen med stöd av Senior Alert är också den som först kan uppmärksamma en förändring. Det omfattar att identifiera problem med mat- och vätskeintag samt följa upp att individen får näringstillskott vid behov enligt givna ordinationer. Ett bristfälligt intag av energi och näring leder till undernäring, men det ökar också riskerna för trycksår, fall och sämre munhälsa.

Enligt Socialstyrelsen bör nattfastan inte överskrida 11 timmar. En lång fasteperiod kan riskera att individen får för lågt blodsocker som i sin tur kan till exempel öka risk för fall. Även antalet patienter med BMI <22 har minskat mellan 2016 och 2017, fig. 2 och 3 på

Munhälsa

Många äldre har problem med munhälsan och många läkemedel har muntorrhet som biverkan. Munhälsobedömning ska erbjudas till de personer som bor på kommunens äldre- eller gruppboenden samt för personer med omfattande omvårdnadsbehov i ordinärt boende och för personkretsen inom Lagen om stöd och service (LSS) med hjälp. Antalet patienter med ohälsa grad 2 är samma som under 2016.

Vårdrelaterade infektioner

Punktprevalensmätning (PPM) Svenska HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Kan registreras av enheter inom Allmän vård och omsorg, demens, korttid, psykiatri och LSS. Metoden baseras på den europeiska smittskyddsmyndighetens evidensbaserade protokoll. Den första nationella mätningen genomfördes 2014. Punktprevalensmätning som genomförs valfri dag under vecka 46–47.

Huvudansvarig för mätningen var Folkhälsomyndigheten. Mätningen heter Svenska HALT (Healthcare-associated infections and Antimicrobial use in Long-Term care facilities) och handlar om att en given dag undersöka och registrera alla individer som har en pågående infektion i särskilda boenden. Alla resultat är avidentifierade.

Sundsvalls kommun deltog i den nationella mätningen under hösten.

Resultat HALT 2017

Totalt deltog drygt 3/4 av kommunens särskilda boenden och 822 registreringar genomfördes. Andel vårdrelaterade infektioner var 1 procent – vilket är motsvarande siffra på nationell nivå. Andel som har en pågående antibiotikabehandling är 1 procent, nationellt 2 procent. Fokus på infektioner ligger på sår, trycksår och användning av kvarliggande urinkateter. Sundsvalls kommun ligger lägre än riket totalt både när det gäller risker för sår och trycksår och på samma nivå när det gäller urinkateter på särskilda boende för både demens och somatisk vård.

När det gäller riskfaktorer avseende urinkateter utmärker sig Sundsvalls kommun. Vi har betydligt högre förekomst av urinkateter vid våra korttidsenheter. På en korttidsenhet var förekomsten så hög som 60 procent. Övervägande delen av urinkatetrarna hade patienterna redan när de kom från sjukhuset. En dialog med Region Västernorrlands chefsläkare på Sundsvalls sjukhus har därför inletts för att utreda orsaken till detta. Se vidare [Figur 6. Riskfaktor urinkateter på korttidsboende i Sundsvalls kommun](#)

Blåsdysfunktion (inkontinens)

Enligt resultat från Öppna jämförelser och rapporter från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (9) bedöms mellan 70-80 procent av äldre i SÄBO och de mest sjuka äldre i hemsjukvården ha besvär av blåsdysfunktion (inkontinens). Blåsdysfunktion är inte en del av ett naturligt åldrande utan ett symtom på att något är fel och inte fungerar som det ska. Det finns hjälp att få och målet som Socialstyrelsen framför är att alla med blåsdysfunktion får sina besvär utredda och åtgärder insatta.

Att läcka urin är ett stort problem för många äldre som påverkar livskvaliteten starkt negativt. Den äldre patienten får svårt att vara aktiv och kan känna sig socialt begränsad. Många äldre får även störd nattsömn med fallrisk som följd.

Det finns stöd och metoder för att kvalitetssäkra utredning, åtgärder och utvärdering av insatta åtgärder som personalen kan använda via en webb som heter [Nikola](#) (10).

För den äldre patienten kan små åtgärder som att få toalettassistans eller träning vara betydelsefullt. I avtalet kring inkontinenshjälpmedel finns numera ett förskrivarstöd ”Guide” som ansvarig sjuksköterska kan använda för att kvalitetssäkra förskrivningen av hjälpmedel. Ett införandeprojekt påbörjades i särskilda boenden under 2017.

Mätning av antal personer med behandling av kvarliggande urinkateter

Svårigheter att tömma urinblåsan är oftast orsaken till att patienter fått behandling med kvarliggande kateter i urinblåsan via urinröret. Eftersom kvarliggande kateter via urinröret är den dominerande orsaken till vårdrelaterade urinvägsinfektioner bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att all användning av kvarliggande kateter ska ha en tydlig indikation för användandet och att behandlingstiden ska vara så kort som möjligt. Det finns även andra behandlingsmetoder som har färre komplikationer än kateter via urinröret som kateter via

buken (sk. Suprapubisk kateter) eller regelbunden tappning där katetern tas bort ur urinröret efter varje tömning av blåsan.

Målet är att alla patienter ska ha genomgått en medicinsk utredning och fått en diagnos innan behandlingen påbörjas. Sjuksköterska ansvarar för att en ordination och tydlig indikation finns från läkare som dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Sjuksköterska ansvarar för skötsel och uppföljning samt förskriver hjälpmedel.

I Svenska HALT-mätningen¹ (mätning av vårdrelaterade infektioner) visade att en hög andel kvarliggande urinkatetrar förekom på kommunens korttidsenheter. Ingen ska behandlas med kvarliggande urinkateter om inte tydlig indikation finns.

Palliativ vård

Jag och -

- mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

God palliativ omvårdnad bygger på fyra hörnstenar:

- Lindra plågsamma symtom
- Teamarbete mellan vårdens professioner efter behov
- Kontinuitet och bra kommunikation mellan patient, närstående och personal
- Stöd till närstående och/eller personal som vårdar

Palliativ vård kan bestå av en så kallad tidig fas och en sen fas vad man i allmänhet kallar vård i livets slut. Symtom som de flesta patienter får vid livets slut är exempelvis ångest, nedstämdhet, smärta, illamående, orkeslöshet, hosta, förstoppning, diarréer och muntorrhet.

Palliativa läkemedel samt smärtskattning med instrumenten [Abbey Pain Scale](#) eller [VAS](#) är rutin vid vård i livets slut.

Svenska Palliativregistret

[Svenska palliativregistret](#) (2) är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. I [Figur 7. Resultat palliativ vård i livets slut i Sundsvalls kommun 2011 till 2017](#) illustreras resultatet i palliativ vård vid livets slut under 2017 och trenden 2011 till 2017 i Sundsvalls kommun.

Situationen och vården under den sista veckan i livet är det som beskrivs i registret. I dagsläget är det sjuksköterskan som gör registreringen genom att besvara ett antal frågor.

¹ HALT-mätningen (Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) görs på uppdrag av Folkhälsomyndigheten i samverkan med Senior alert.

Resultatet för år 2017 visar fortfarande på förbättringsområden, bl.a. registrerat antal patienter som blivit smärtskattade och fått tillräcklig lindring. Läkarinformation till närstående har förbättrats något.

Läkemedel

Kartläggning av läkemedelsanvändningen och läkemedelsavvikelser

Inom Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård överlämnas ca 3,5 miljoner doser läkemedel varje år. MAS är ytterst ansvarig för att fastställa övergripande ändamålsenliga rutiner för läkemedelshanteringen och att delegering av läkemedel tillgodoser patientsäkerheten.

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

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

[Tabell 13. Nulägesrapport för läkemedelsanvändning i hemsjukvården i Sundsvalls kommun.](#)

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar som syftar till en optimal individuell läkemedelsbehandling ska enligt författning utföras minst en gång per år för alla personer från 75 år i särskilt boende och som är ordinerade minst fem läkemedel (HSLF-FS 2017:37). Vårdgivaren ska även erbjuda läkemedelsgenomgång till patienter som har, eller där det finns misstanke om läkemedelsrelaterade problem. Läkaren ska ta ställning till vilka problem som kan lösas direkt och vilka som kräver en fördjupad genomgång. Processen med läkemedelgenomgång innebär att sjuksköterska informerar och samråder med patient och närstående både muntligt och skriftligt.

Med hjälp av ett fastställt formulär bedöms patientens symtom och varje ordinerat läkemedel utvärderas utifrån indikation, hur doseringen förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner, behandlingsresultat och eventuella biverkningar. Bedömningen sker i team där patienten, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ingår. Omvårdnadsåtgärder bedöms av teamet som åtgärd eller komplement till läkemedelsbehandlingen. Patienten ska få individuellt anpassad information om resultatet av genomgången. Läkemedelsgenomgången dokumenteras av sjuksköterska och läkare i respektive journal. Senast tre månader efter läkemedelsgenomgången görs uppföljning. Sjuksköterska observerar om genomförda förändringar lett till att patientens tillstånd har förändrats.

Andelen utförda läkemedelsgenomgångar i särskilt boende år 2017 ligger på 35 procent i Sundsvalls särskilda boenden – i jämförelse med 67 procent på länsnivå. I hemsjukvården har knappt 10 procent fått en läkemedelsgenomgång – länet 29 procent.

Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska minst årligen genomföras inom de tolv enheter som har förråd med läkemedel för akut bruk. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att granskning sker.

Rutiner och ansvarsfördelning för läkemedelshantering finns dokumenterade i en lokal instruktion [Länk till rutinen](#) Enhetschef för enheten ansvarar för att lokala rutiner upprättas och följs. Under 2017 har MAS granskat 5 akutläkemedelsförråd. De granskningar som genomförts har upplevts som positiva av verksamheten. En del brister har noterats för planering av åtgärder. Det har funnits svårigheter att få till granskningarna med verksamheten av MAS. Det understryker behovet av en extern granskning.

Utbildningsinsatser

Antal vårdpersonal som har fått utbildning i demensvård och bemötande av patienter med BPDS-symtom ökar stadigt. Vår bedömning är att det krävs systematiskt arbete för implementering av ny kunskap i arbetet. Utbildning i Demens-ABC, via Svenskt Demenscentrums webbutbildning, visar att 2344 personal i Sundsvalls kommun har genomgått utbildningen². Det placerar länet på första plats i Sverige och Sundsvall på 17:e plats – vilket är mycket bra

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård

[Vem får göra vad?](#) Det finns få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Oftast är det verksamhetschefen som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter baserat på den enskildes kompetens. I kommunen är det MAS som har ansvaret. Med medicinska arbetsuppgifter förstås i denna [författning](#) varje åtgärd som den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen med formell kompetens har att utföra direkt eller indirekt i förhållande till patienter i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling samt till förebyggande av sjukdomar och skador. Delegering innebär att en formellt kompetent personal (oftast legitimerad sjuksköterska) överlåter en arbetsuppgift, t ex administreringen av läkemedel till reellt kompetent personal (vanligen undersköterska).

Av [7 § åliggandelagen](#) följer att delegeringar av medicinska arbetsuppgifter inte får göras slentrianmässigt. Med hänsyn till kraven på vård av god kvalitet och hög säkerhet för patienterna ställer varje delegeringsbeslut mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos såväl den som delegerar som den som genom delegering mottar en medicinsk arbetsuppgift.

Riktlinjer kring delegering har förändrats under 2017 med fler typer av olika hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras, exempelvis att kunna delegera olika typer av injektioner från sjuksköterska till övrig vårdpersonal. Förändringarna har inte visat på några fler avvikelser – vilket tyder på att patientsäkerheten inte har försämrats.

² Antal som gått webbutbildningen från start tom 15 januari 2018.

Från januari 2018 gäller ny föreskrift från Socialstyrelsen kring läkemedelshantering. Föreskriften ställer högre krav på vårdgivaren vad gäller dokumenterad kunskap hos personal som tar emot en delegering.

Dokumentation

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att föra en patientjournal. I Sundsvalls kommun används för närvarande systemet Procapita HSL+ verksamhetssystem där hälso- och sjukvårdsjournalen är en del av systemet

Lika viktigt som att dokumentera är det att rätt yrkesutövare har tillgång till den dokumentation som hen behöver för att kunna utföra sitt arbete på ett för patienten tryggt och säkert sätt.

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

I Sundsvall används en datorbaserad hälso- och sjukvårds (patient) journal Procapita. Dokumentationen är uppbyggd utifrån Socialstyrelsens rekommendation med Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

Syftet med ICF är ett standardiserat språk för vård och omsorg samt en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.

Dokumentation sker av legitimerad personal i den gemensamma hälso- och sjukvårdsjournalen. En dokumentationsutvecklare som kontinuerligt arbetar med legitimerad personal för att utveckla dokumentationen finns inom verksamheten. Säkerhetskontroll via loggning av aktiviteter i Procapita utförs varje vecka för att kontrollera att informationen hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner. Kontroller utförs i form av stickprov genom 20 slumpmässigt utvalda legitimerade personal som varit aktiva i systemet föregående vecka. Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournalen förekommit.

Rutin för loggkontroll

Hälso- och sjukvårdens verksamhet har under året reviderat rutinen för loggkontroll. Slumpvis utförs loggkontroller via IT Soc. Loggar sparas på gemensam enhet för Socialtjänsten. Närmaste chef får veckovis utdrag på slumpvisa loggkontroller. Utdraget skickas krypterat till berörd. I underlaget verifierar individen skäl/syfte till loggarna och vidimerar detta till chef. SÅ snart vidimering med skäl och syfte returnerats är det chefens uppgift att bedöma om förklaringen är skälig. Därefter raderas loggen. Inga personuppgifter delas över nätet okrypterat i och med denna rutin.

Hur har vi bedrivit vårt arbete som stöd för god patientsäkerhet

Pilot Trygg hemgång teamarbete

I oktober 2017 inleddes pilotprojekt Trygg hemgång, vårdplanering i hemmet vid utskrivning från sjukhuset. Pilotprojektet syftade till att prova de nya samverkansrutinerna som tagits fram i länsprojektet och förbereda Socialtjänstens egna verksamheter inför den nya lagstiftningen. ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” som träder i kraft i januari 2018. I den nya lagen har kommunerna tre dagar på sig att ta hem en patient som är utskrivningsklar från i dagsläget fem vardagar – detta ställer nya krav på samtliga inblandade verksamheter inom den slutna vården, primärvården och kommunerna.

Kommunens Rehabenhet planerade och genomförde projektet. Från Socialtjänsten deltog representanter för Lidens hemtjänst, biståndshandläggningen, distriktssköterskor, vårdplaneringsdistriktssköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, superanvändare i Prator (ett meddelandesystem mellan slutenvård, primärvård och kommunerna i länet) och enhetschef från Rehab. Från Primärvården deltog enhetschef Lidens HC samt deras kommande fasta vårdkontakt. Dialog, samverkansmöten med primärvården planerades innan Piloten startade. Digitala lösningar har införts för den legitimerade personal som arbetar i området, detta för att effektivisera arbetet med att på plats kunna lämna ifrån sig och läsa patientrelaterad information i Prator eller i andra verksamhetssystem. Myndighetsutövningen har sett över sina rutiner för de fall när behov av hemtjänst finns och samordnat individuell planering (SIP) skall ske efter hemgång.

Resultatet visar på betydelsen av en god planering inför hemgång. Alla professioner kallas till samordnad individuell planering (SIP), varje profession gör sedan utifrån aktuellt fall själv en bedömning om de behöver vara med eller inte. Bristfällig kommunikation i meddelandesystem Prator och i SIP planering medför otrygga patienter som kan sakna sina läkemedel, hjälpmedel eller hemtjänstinsatser när de skickas hem från sjukhuset. Patientskaderisken ökar vid bristande samordning och påverkan på den kommunala hemsjukvården samt hemtjänsten blir påtaglig.

Sammanfattningsvis kan sägas att kommunens olika delar är väldigt beroende på hur arbetet fortskrider inom den slutna vården och primärvården och därför måste vi lösa saker i verksamheterna allt eftersom processen mognar. En väldigt viktig del är att fortsätta utveckla samverkan med landstinget och inse att denna process kräver att alla verksamheter i kommun och landsting tar ansvar.

Vi behöver hjälpas åt för att lagen skall få avsedd effekt som syftar till en god vård,

- där ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och
- onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Korttidsvård

I december 2016 öppnade kommunen en tillfällig korttidsvård på Sundsvalls sjukhus med 14 platser. Enheten har under året varit en utvecklingsarena för att skapa förutsättningar för en effektiv och säker korttidsvård. Fr o m februari 2018 bedrivs kommunens korttidsvård på Lindgården med 48 kortvårdplatser.

Skönsmomodellen – Vanguard

I september startade utvecklingen av tvärprofessionellt arbete enligt Skönsmomodellen. Verksamheterna för Hälso- och sjukvård är nu inkluderade liksom biståndshandläggningen. Utvecklingen sker i Njurunda med fokus på tvärprofessionellt arbetssätt ur brukarens/patientens perspektiv. I oktober 2017 startade ett tvärprofessionellt likvärdigt arbete på äldreboendet Granbacken.

Dagrehab/Träffpunkter

Under hösten anslöt sig rehabenheten till projektet ”Aktiva äldre”. Målsättningen är att kunna erbjuda dagrehabilitering som komplettering till hemrehabilitering i anslutning till kommunens 5 träffpunkter. Det medför då att vi kan erbjuda fler dagrehabiliterande insatser nära det egna hemmet och därmed också erbjuda en mer jämlik vård.

Forskning och Utveckling

Markku Paanalahti, MAR deltar i forskningsprojektet “Personer med kognitiv svikt- deras upplevelse av behov och problem i ordinärt boende”. Under hösten utökades forskningsprojektet med studien ”Att vårda personer med kognitiv svikt i hemmet. Sjuksköterskors upplevda kompetens och behov av stöd”. Båda studierna görs i samarbete med Mittuniversitet (MIUN).

WHODAS 2.0

För att få mer kunskap om patientperspektiv och hur brukarna/patienterna upplever sina problem och behov i ordinärt boende bestämdes även att Rehabenhetens personal börjar använda WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Ett bedömningsinstrument för att mäta hälsa och funktionshinder inom vård och omsorg.

Demensvård

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Cirka åtta procent av alla personer över 65 år har någon form av demenssjukdom (Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014). Cirka 20 procent av Sundsvalls befolkning är > 65 år (Länsstyrelsen 2015) som innebär att cirka 1600 personer med någon form av demenssjukdom bor i Sundsvalls kommun. 78 procent av samhällskostnaden motsvarande 63 miljarder kr år (Socialstyrelsen 2012) är kommunal vård och omsorg i form av hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende.

Personen som drabbats av demenssjukdom kan ha varierande symtom, närminnet är ofta försämrat men långtidsminnet kan fungera bra beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. En del av personer med demenssjukdom klarar av sina vardagliga aktiviteter så som att läsa, städa, klä sig, utomhus promenader, prata i telefon osv. under flera års tid efter insjuknandet. Andra förlorar sina psykiska eller fysiska funktioner i rasande tempo. Sjukdomen kan också leda till förändrad emotionell kontroll, motivation och till förändrat socialt beteende. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar och kan skapa stort lidande för patient och närstående samt minska livskvalitet. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer för att kunna bemöta personer med demenssjukdom.

När andelen äldre ökar i samhället ökar också antalet demenssjukdomar och närstående drar ett allt större lass. Tillgång till dagverksamheter för personer med demenssjukdom blir därför central. Dagverksamheter ger personer med demenssjukdom möjlighet att ha kvar sina fysiska, psykiska och sociala förmågor. Samtidigt är antalet så kallade anhörigplatser av betydelse för närstående. På en anhörigplats kan personen med demenssjukdom bo i 14 dagar och närstående får möjligheten till avlastning.

Under hösten 2017 köade cirka 25 personer till kommunens aktivitetscenter för personer med demenssjukdomar (Skönborg och Knuten).

Kommunen har ca 40 personer, många med kognitiv svikt som väntar på kommunens anhörigplatser. Kommunens 4 anhörigplatser är bokade fyra månader framåt.

En demensvänlig kommun

Kommunens hälso-och sjukvård har en samordnande funktion för utbildning och kompetenshöjning av personal för att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. För utbildning och handledning av hälso- och sjukvårdspersonal finns en sjuksköterska och en undersköterska med demensspecialisering, båda är certifierade utbildare i [BPSD](#) registret (3).

I länet finns sedan tidigare ett nätverk mellan landsting och kommunerna för att förbättra samverkan för patienter med demenssjukdom. Nationellt ligger Västernorrlands län på första plats gällande webutbildningen [Demens ABC](#) (5) och Sundsvalls kommun ligger på fjärde plats i länet (17:e i landet). I Sundsvalls kommun har till och med 2017 drygt 2334 personal utfört utbildningen. Sundsvalls kommun deltar även i arbetet kring ”nollvisionen” som innebär att minska användandet av begränsningsåtgärder inom demensvården. Totalt har drygt 100 ambassadörer utbildats i nollvisionen i Sundsvall.

Demenscentrum

Utifrån uppdraget ”En Demensvänlig kommun” startades Sundsvalls Demenscentrum den 1 februari 2017. Demenscentrum erbjuder utbildning till all personal som kommer i kontakt med demenssjuka personer i sitt arbete. Även anhörigstöd är en viktig del av

patientsäkerhetsarbete vid demenssjukdomar. Demenscentrum ansvarar även för råd, stöd, utbildning och handledning till demenssjuka personer och deras anhöriga.

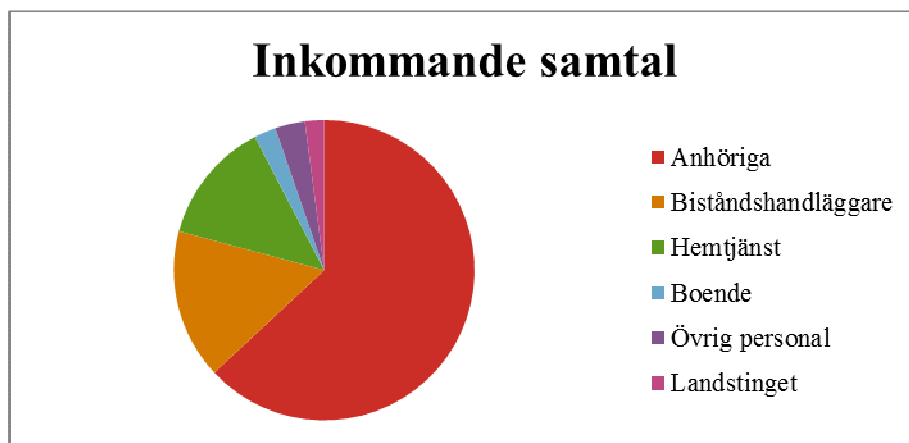
Kommunen tillhandahåller också Anhörigstödare för avgiftsfri avlösning i hemmet, öppna träffpunkter, varav en har startat ett minnescafé samt 4 stycken anhörigstödplatser, där den anhöriga kan ringa och boka in två veckors korttidsvistelse för den demenssjuke.

Under 2018 planeras det för 8 anhörigstödplatser på korttidsvården på Lindgården.

Halvårsrapport Demenscentrum januari-juni 2017

Totalt 452 samtal från anhöriga, biståndshandläggare, hemtjänst, boende, övrig personal och landstinget (Diagram 1).

1. Diagram över inkommande samtal till demenscentrum jan-jun 2017.



Anhöriga stod för största andelen av samtalen, 63 procent. Det motsvarade våra förväntningar utifrån att anhöriga efterfrågat tillgänglighet och sammanhållet stöd vid demenssjukdom. Demenscentrum har tillhandahållit bland annat råd, stöd och information, förmedlat kontakt med andra instanser som till exempel anhörigstödare, biståndshandläggare, hälsocentraler, samtal, enskilda eller i grupp samt hembesök.

Några anhöriga har på grund av demenssjukdomarnas svårigheter med till exempel nedsatt insikt hos den sjuke samt att sjukdomen förändras över tid behövt extra stöd. De har kontaktat Demenscentrum vid ett flertal tillfällen. Många har uttryckt att de är nöjda med stödet och bemötandet. Svårigheter som finns är att anhörigstödplatser och platser på aktivitetscentra är för få, vilket gör att de får vänta för länge på avlastning när behov uppstår.

Biståndshandläggare har sedan tidigare samverkat med demensspecialister inom kommunen för samråd eller för gemensamma hembesök vid nya eller svåra ärenden. . Samarbetet har fungerat bra och fortsätter som tidigare.

Hemtjänstpersonal, enhetschef eller sjuksköterska har ringt för råd, stöd, handledning eller utbildning. Andelen personal från **boende** är färre, men den siffran är missvisande, då många ringt direkt till BPSD-ansvariga inom Demenscentrum. Kontinuerligt BPSD-arbete pågår på alla demensenheter med råd, stöd, handledning och utbildning.

Övrig personal som kontaktat Demenscentrum var till exempel personal på aktivitetscentra och personliga assistenter. De fick råd, stöd, handledning och/eller utbildning

Landstinget. Lågt antal samtal från sjukhus och hälsocentraler. Kontakter till vår funktionsbrevlåda har inte räknats in här, vilket kan förklara en del av de låga siffrorna.

Utveckling/förbättring under hösten 2017

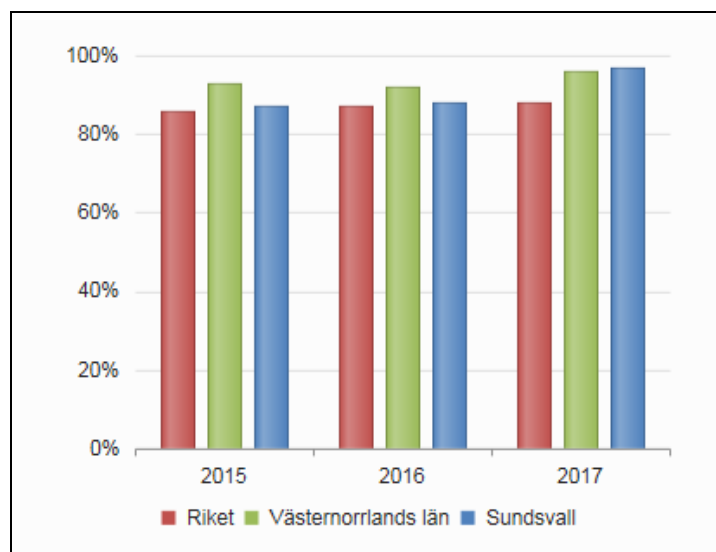
- På försök utöka anhörigutbildningen genom att även erbjuda anhörigutbildning kvällstid
- Bjuda in anhöriga till workshop för att utvärdera och utveckla anhörigstödet
- Delta i studie genom att intervjua personer med demenssjukdom för att få bättre kunskaper om deras behov
- I samverkan med länsamordnare göra en GAP-analys för uppföljning av de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom
- Inplanerade kontinuerliga utbildningstillfällen i olika steg, för personal som möter personer med demenssjukdom i sitt arbete
- Utarbeta kriterier för demensenheter och utveckla BPSD-arbetet
- Schemalagda kontinuerliga träffar med personal inom aktivitetscentra, anhörigstödjare och finska träffpunkten
- Samarbeta med ansvariga för aktivitetscentra och anhörigstödsplatser för utveckling och utökning av platser
- Boka in kontinuerliga träffar med läkare och sjuksköterskor på geriatriska mottagningen Sundsvalls sjukhus
- Bedriva uppsökande verksamhet på hälsocentralerna för att informera om Demenscentrum och utöka samarbetet med deras kontaktpersoner inom demens

BPSD-registret

[BPSD-registret](#) är ett nationellt kvalitetsregister (3) som ger stöd i processen med att komma tillrätta med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Arbetet med införandet av registret påbörjades i verksamheten under 2012 och implementering pågår.

Demenscentrum utbildade 69 st BPSD administratörer: vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, enhetschefer, MAS och verksamhetschef under 2017. Under vårterminen träffade de certifierade utbildarna enhetschefer SÄBO och gick igenom deras roll i BPSD-registret samt visade hur de kommer åt statistiken. De certifierade utbildarna har haft 2 återträffar med BPSD-administratörer och deras team under hösten som syftar till repetition, goda exempel från egna verksamheten och diskussion kring bemötandeplaner.

Resultat andel med bemötandeplan i Sundsvalls kommun 2011 till 2017.



En viktig åtgärd för patienter med BPSD-symtom är att det tas fram en bemötandeplan där teamet kommit överens kring hur den enskilde ska bemötas för att minska BPSD-symtomen. Målet är att andelen bemötandeplaner ska öka – vilket ses framför allt mellan 2016 (88%) och 2017 (97%). Sundsvalls kommun ligger högre jämfört med både länet och riket.

Forskningsprojekt Demensvård

Forskningsmedel beviljades till Markku Paanalahti (MAR) i Sundsvalls kommun för att genomföra en förstudie (beskrivande kartläggning) vars syfte är att utforska personer med misstänkt kognitiv svikt eller demenssjukdom deras upplevelse av behov och problem i ordinärt boende i samarbete med Demenscentrum i Sundsvall, Gula huset i Härnösand, Mittuniversitet och FoU-Västernorrland. Projektets övergripande målsättning är att utveckla individanpassat åtgärdsprogram hos hemmaboende personer med kognitiv svikt och att ge stöd åt närstående och eller hemtjänstpersonal när så är aktuellt, att utföra dessa åtgärder.

Hittills har 20 personer med kognitiv svikt, deras anhöriga och hemtjänstpersonal (om personen hade hemtjänst) intervjuats i Sundsvall och fem personer i Härnösand. Studierapport skrivs under våren 2018. Forskningsprojektet kommer att utvidgas 2018 så att 20 sjuksköterskor som jobbar inom hemsjukvården i Sundsvall intervjuas och frågas om vilka svårigheter finns när det gäller att vårda patienter med kognitiv svikt inom hemsjukvården samt hur upplever personal inom hemsjukvården samordningen i vårdkedjan mellan landsting och kommun för patienter med kognitiv svikt.

Rehabilitering

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (11).

I Sundsvalls kommun bedömer arbetsterapeut och fysioterapeut³ personens aktivitets- och funktionsförmåga i de dagliga aktiviteterna i ordinärt boende, i SÄBO och på kommunens korttidsavdelningar.

Inom hemsjukvård erbjuder arbetsterapeut och fysioterapeut intensiv och tidsbegränsad rehabilitering i samarbete med patienten, hemtjänstpersonal och närstående.

När personen får en permanent boendeplats på SÄBO gör arbetsterapeut och fysioterapeut en inflyttningsbedömning som ger information om personens individuella behov till vård- och omsorgspersonal. Inflyttningsbedömning görs senast inom 3 veckor efter inflyttningen. På kommunens SÄBO och på kommunens korttidsavdelningar handleder arbetsterapeut och fysioterapeut vård- och omsorgspersonal i vardagsrehabilitering som integreras till stor del i de dagliga aktiviteterna.

I Sundsvalls kommun har all personal ett ansvar och uppdrag att utföra sina arbetsuppgifter så att ett rehabiliterande förhållningssätt finns och förverkligas i mötet med personen.

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär:

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

Arbetsterapeut och fysioterapeut ger också information och handledning till anhöriga om rehabiliterande förhållningssätt.

Medicintekniska produkter och kognitiva hjälpmedel

Hjälpmiddel är antingen individuellt anpassade medicintekniska produkter som innebär att hjälpmedel används i specifikt syfte för individen, arbetsmedicintekniska produkter som används för att underlätta omsorgspersonalens arbete med patienten eller allmänna produkter som till exempel duschpallar eller toaförhöjningar som inte kräver speciell anpassning.

Medicintekniska produkter (MTP) – hjälpmedel- utprovas och förskrivs av arbetsterapeut eller fysioterapeut som har förskrivningsrätt enligt Hälso-och sjukvårdslagen. Arbetsterapeut och fysioterapeut handleder vård- och omsorgspersonal, patienten och anhöriga i handhavande av de medicintekniska produkterna. Bra kommunikation med patienten och alla som använder den medicintekniska produkten förebygger risker för skador som kan uppstå om till exempel rullstolens tippskydd inte är nedfälld. För att lyckas med riskförebyggandearbete har Rehabiliteringsenhetens personal skapat skriftliga rutiner för hjälpmedelshantering.

En arbetsterapeut med speciell funktion som hjälpmedelscontroller har funnits inom verksamheten sedan 2014. Hjälpmedelscontrollers arbetsuppgifter är att bidra till kostnadseffektiv hjälpmedelshantering att hitta och avregistrera hjälpmedel som inte längre

³ Fysioterapeut används istället för Fysioterapeut/Sjukgymnast i texten.

används. Controller erbjuder också kontinuerlig utbildning av Rehabenhetens personal i aktuella hjälpmedelsfrågor och utbildning av hjälpmedelsombud (undersköterskor) samt upprätthåller ett samarbete mellan ombuden och rehabenheten.

I länet finns också en länsövergripande Hjälpmedelskommitté som strävar efter en jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning. Hjälpmedelskommittén ansvarar också för obligatorisk förskrivartutbildning för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och läkare i länet.

Avvikelser gällande hjälpmedel

Avvikelser kring medicintekniska produkter rapporteras i flexite.

Flera avvikelser rapporterades gällande handhavande eller produktfel på en duschstol som har levererats av Hjälpmedel Västernorrland under 2016-2017. Kommunens Rehabpersonal har skrivit hjälpmedelsavvikelser och kommunens MAR gjorde anmälan till Läkemedelsverket angående detta i början av 2017. Hjälpmedel Västernorrland har gjort utbyte av dessa duschstolar under 2017.

För att försäkra att alla patienter har fått information av att byta ut duschstolen, har kommunens Rehabenhet gjort en sökning i journalsystemet Procapita och jämfört resultatet med de duschstolar som varje enskild förskrivare har förskrivit under 2015-2017. Den 31 september 2017 rapporterade enhetschefen att samtliga sökningar var klara. Sökningar har gjorts på samtliga förskrivare som arbetat på Rehabenheten mellan 2014-2016. Totalt har 16 duschstolar funnits som ej blivit utbytta av Hjälpmedel Västernorrland. För samtliga av dessa har åtgärder gjorts.

Den 22 november 2017 fick vi svaret från läkemedelsverket; Läkemedelsverket har tagit del av tillverkarens utredning och avskriver ärendet från vidare handläggning. Tillverkaren kommer under december 2017 skicka ut ett säkerhetsmeddelande. Förstärkning av produkten infördes i produktion juni 2016. Denna produkt är förmodligen tillverkad innan produktförändringen.

Utveckla arbetssätten

En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Patient och närstående ska informeras och göras delaktiga i säkerhetsarbetet. En säker och trygg miljö, för både patient och anställd uppnås om det finns en gynnsam säkerhetskultur.

Teamarbetet i centrum

Modern sjukvård kräver att vi samarbetar som välfungerande team för att säkerställa en god patientsäkerhet. För att få effektiva team behövs kunskap och förståelse för varandras roller och kunskap om vikten av tydlig kommunikation.

Vid ett effektivt teamarbete samarbetar alla professioner mot ett gemensamt mål. Kommunikationen sker effektivt samtidigt som det skapar förtroende. Teamet ska känna sig

trygga. Trygghet är en förutsättning för en god säkerhetskultur. I en god säkerhetskultur är patientsäkerhetsrisker som uppmärksammas en tillgång.

Korttidsboende som utvecklingsarena för teamarbete

Den tillfälliga korttidsenhet som öppnade på Sjukhuset under december har varit en väl fungerande utvecklingsarena med 14 platser för korttidsvård.

Ett försök med Teamsamordnare (undersköterska), med uppgiften att utveckla det dagliga vård-och omsorgsarbetet samt bidra i en systematisk kompetensväxling initierades.

Två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter, vårdplaneringsteamet, vård-och omsorgspersonal och avdelningssjuksköterska utgjorde tillsammans ett vårdteam.

Tre viktiga utvecklingsområden prioriterades på enheten (27B):

- att förstå patientens behov,
- informationsöverföring och kommunikation internt och externt
- ansvarsfördelning mellan olika professioner (teamarbete) för att kunna garantera säker och bra vård för patienterna.

Skönsmomodellen, teamarbete, en del av patientsäkerhetsarbetet

Grunden i Skönsmomodellen är att förstå patientens behov (nominalvärdet) och att tvärprofessionellt team tar gemensamt ansvar för hur vård- och omsorg ska genomföras.

I september fortsatte en utveckling av arbetet med ”Skönsmomodellen” med fokus på utveckling av tvärprofessionellt arbetssätt ur brukarens/patientens perspektiv och behov av Socialtjänst. Ett tvärprofessionellt team bestående av boendesamordnare, utredningshandläggare, mottagningshandläggare, distriktsköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, 3 hemtjänstpersonaler, enhetschef för Njurunda 2 hemtjänst, samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) frigjordes från sina ordinära arbetsuppgifter för att kunna lära sig och experimentera med det nya arbetssättet. I oktober startade utvecklingsarbete på äldreboendet Granbacken. Utvecklingsarbete i metoden (Vanguard) leds av två konsulter samt verksamhetsutvecklare Åsa Swan.

Lära av goda exempel och misstag och sprida erfarenheterna

Sundsvalls utvecklingsarena för korttidsvård – en lärande organisation skapar grund för god och säker vård

Patient och närstående behöver tidig och tydlig information om syftet med korttidsvården. Syftet är att utreda förutsättningarna för hemgång. Utredningen kan medföra att patienten åker hem alternativt att bedömningen leder till den enskilde väljer att ansöka om särskilt äldreboende. Första biståndsbeslutet bör avse korttidsvård upp till 14 dagar för utredning. Inom 14 dagar är avsikten att en uppföljning av behov sker. Uppföljning vid korttidsvård förordar vi ska ske teambaserat.

Vi arbetar personcentrerat och det medför också att vi ser anhöriga som betydelsefulla i kommunikation, information och planering i processen.

Intern kommunikation och informationsöverföring på enheten

All personal behöver ta ansvar för daglig styrning på enheten för att minska risken för missförstånd inom personalgruppen. Teamträffarna används för att klargöra ansvarsfördelningen i det dagliga arbetet och för uppföljning av resultatet. Det är också viktigt att omvårdnadspersonal får kontinuerlig utbildning av sjuksköterskor och rehabpersonal på enheten.

Extern informationsöverföring och kommunikation

Fungerande arbetssätt och regelbunden kommunikation mellan enhetschefen, Leg. personal och biståndshandläggarna blir avgörande för effektiv tid på enheten som skapar bästa förutsättningar för den enskilde patienten. Leg. personal ansvarar för att biståndshandläggaren får information när patientens hälsa och funktionsförmåga tillåter hemgång eller om utredningen visar att säker hemgång inte kan rekommenderas ur hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Enhetschef ansvarar tillsammans med Leg. Personal för effektiv kommunikation mellan anhöriga, enhetschefer inom Vård- och Omsorg och hemsjukvård för att försäkra trygg hemgång och för att möjliggöra hemgång när det bedöms att patienten klarar sig i hemmet med stöd av hemtjänst och eller hemsjukvård.

Ett effektivt samarbete mellan Rehabenhetens personal och handläggarna på Stadsbyggnadskontoret för bostadsanpassning är nödvändig.

Enligt prognoser förväntas antalet patienter som p.g.a. ohållbar hemsituation, bostadslöshet, missbruk eller psykisk ohälsa att öka. Vi har under året haft ett antal personer som blivit kvar i den kommunala korttidsvården trots att hälsa och funktionsförmåga skulle tillåta hemgång. Dessa personer har behov av stöd, utredning och/eller insats från flera av Socialtjänstens verksamheter. För att underlätta för de vi möter och samtidigt ha en så effektiv, rättssäker handläggning med kvalitet är det av vikt att vi har en välfungerande intern samverkan. Enhetschefen ansvarar för att sammankalla till intern samordning. Rutiner och struktur för intern samordning är känd och används vid behov.

Enhetschefen är av största betydelse för att samordningen ska vara väl fungerande. Det kräver ett engagerat och närvarande ledarskap i verksamheten. Vår gemensamma vilja att bidra till att brukarens behov står i centrum och behovet av snabba insatser är avgörande.

Samordningen sker i arbetet tillsammans med vård- och omsorgspersonal, leg. personal, boendesamordnare och biståndshandläggare.

Kompetensväxling

En god patientsäkerhet förutsätter rätt kompetens på rätt ställe, i rätt tid. Undersköterskans roll i omvårdnadsarbetet behöver stärkas. Vi behöver också fler vårdbiträden som vill utbilda sig till undersköterskor. Förutsättningar för ett lärande i vardagen och en lärande organisation

är nödvändig. Det är i det dagliga arbetet det huvudsakliga lärandet sker. Kommunala Hälso- och sjukvården kan bistå med kunskapsutveckling i omvårdnadsfrågor och hälso- och sjukvårdskunskap. Kompetensväxling är ett led i undersköterskor stärks i omvårdnadsarbetet. Kompetensväxling är ett arbete som måste ske under kontrollerade former och systematiskt. Kompetensväxling avseende patientsäkerhet medför ökad kunskap i vård- och omsorg hos de medarbetare som jobbar i direkt omvårdnad med våra brukare.

Kompetensväxling medför också att kompetensen hos sjuksköterskan kan prioriteras till specifik omvårdnad där det krävs.

Samverkan med andra vårdgivare

Sundsvalls kommun och Region Västernorrland är huvudmän för vården. Sundsvalls hospice är en privat stiftelse med vilken kommunen och regionen Västernorrland har avtal om köp av vårdplatser i livets slut. Primärvården har xx hälso- och vårdcentraler i kommunen varav xx drivs i privat regi. En god samverkan är av stor vikt.

Samverkansavtal om läkarmedverkan

Det ska finnas avtal om läkarmedverkan mellan kommunen och region Västernorrland vilket är reglerat i lag sedan 2006. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska erbjudas god och säker hälso- och sjukvård i särskilda boenden och kommunal hemsjukvård.

Nuvarande avtal om läkarmedverkan tecknades våren 2016 mellan region Västernorrland och länets sju kommuner. Till avtalet ska det tecknas lokala överenskommelser som beskriver den praktiska samverkan mellan det särskilda boendet/hemsjukvårdsområdet och respektive vård-/hälsocentral.

Enhetschef ansvarar för att lokal överenskommelse tecknas och MAS godkänner dem. MAS kvalitetssäkrar att vi har överenskommelser upprättade och kan bistå med kompetens, vägledning och dialog.

Avvikelse i Vårdkedjan

Region Västernorrland och kommunerna i länet har i samverkan beslutat att hjälpa varandra att identifiera brister i verksamheten. Det system som används kallas för ”Avvikelse i vårdkedjan”. När en personal uppmärksammar en brist hos en vårdgranne – som påverkar den egna verksamheten negativt eller som orsakat eller kunnat orsaka en patientskada – meddelas vårdgrannen via en gemensamt framtagna blankett. Svar skickas därefter som beskriver hur den negativa händelsen kan undvikas i framtiden.

I analys av skickade avvikelser framgår att skickade avvikelser till regionen ökat mellan 2015 (111 st), 2016 (181 st) för att sedan minska igen till 100 (2017). Inkomna avvikelser från landstinget var cirka 20 stycken under 2017, lika många som 2016. Vanligaste avvikelser i vårdkedjan (fem i topp) var:

- brist i samband med samordnad vårdplanering inför utskrivning från sjukhus
- saknad eller felaktig ordinationshandling från läkare och recept saknas
- hjälpmedel ej utprovade före utskrivning
- avdelning kallat till vårdplanering förtidigt
- vårdplan saknas vid utskrivning

Avvikelser i vårdkedjan diskuteras regelbundet när kommunen och regionen har möte i lokala samverkansgruppen. Avvikelser i vårdkedjan kan även användas när lokala överenskommelser kring läkarmedverkan ska uppdateras.

Under 2018 ska en ny rutin tas fram i länet mellan kommunerna och Region Västernorrland för hantering av avvikelser i vårdkedjan. Tills nya rutiner är framtagna gäller en tillfällig rutin i Sundsvalls kommun.

Uppsökande tandvård – munhälsobedömningar

De som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser ska enligt Tandvårdslagen 8 a § få erbjudande om uppsökande munhälsobedömning utan avgift och nödvändig tandvård enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

För att identifiera och erbjuda uppsökande tandvård till personer som omfattas av lagen samverkar kommunen och regionen kring detta. 2014 planerades 1019 munhälsobedömningar och 856 utfördes (84 %) och 2016 planerades 965 och det utfördes 793 (82 %). Länet ligger på 87 %. Hur många som identifierades av målgruppen och fick erbjudandet om munhälsobedömningar har inte gått att få fram till denna rapport.

Vårdhygien

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är basala hygienrutiner ett lagkrav och av största vikt för att förhindra smittspridning. Det globala resistensläget försämras snabbt och spridning av multiresistenta bakterier måste förebyggas. Magsjuka förorsakat av calicivirus (så kallad vinterkräksjuka) är smitta som numera förekommer året om. Rutin finns för hantering av utbrott, registrering och rapportering till landstingets enhet för vårdhygien.

Som ett stöd till kommunen för att upprätthålla en hög hygienisk standard enligt lagstiftarens krav ska smittskyddsenheten vid landstinget biträda med vårdhygienisk expertis. Ett avtal finns i samverkan med fyra kommuner i Västernorrland vilket innebär infektionsförebyggande arbete med utbildning, rådgivning i enskilda ärenden, information, konsult hjälp vid utredning, uppdatering av vård hygienisk information samt rådgivning.

Kunskap om basal hygien är god inom kommunens hälso- och sjukvård men behöver repeteras och uppdateras kontinuerligt. Vid frågeställning till verksamheten framgår att det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas med självskattning, förbättrade rutiner och kontinuerlig analys

Egenkontroll har införts i verksamheten under 2017 som innebär att enhetschefen följer kontrollpunkter under året och arbetar med förbättringsområden tillsammans med personalen.

Riktlinje för rengöring och desinfektion av hjälpmedel inom hemsjukvården finns fastställd sedan hösten 2016. Rutinen är utarbetad tillsammans med region Västernorrlands hygiensköterskor. Syftet är att underlätta hantering av hjälpmedel som måste desinfekteras innan de återlämnas till Hjälpmedel Västernorrland.

Övergripande mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet för kommande år 2018

Personcentrerad vård där våra brukare och deras närstående ses som en viktig tillgång och kunskapskälla i vårt arbete. Patientens delaktighet ska stärkas och vården ska planeras i nära dialog med den det berör eller dess närstående. Närstående tar också ett stort ansvar för en hel del av vården och har ofta stort behov av information och stöd från hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna klara vardagens utmaningar.

Fortsatt arbete med de verktyg som finns att tillgå för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och uppföljning, Senior Alert, Palliativa registret, BPSD och numera FUNCA, och vårt avvikelssystem behöver användas i betydligt högre utsträckning för att vi ska kunna följa att vi tillhandahåller en god och säker vård i våra verksamheter.

Vi vet att vi på sikt inte har fler leg medarbetare att tillgå. Det i kombination med att behovet av vård ökar. Inflödet i den kommunala hemsjukvården är hög. I december 2017 har vi 1000 fler inskrivna i hemsjukvården i jmf med samma tid 2016. Det medför att vi aktivt behöver arbeta med tvärprofessionella team och kompetensväxling. Undersköterskans roll i omvårdnad behöver stärkas och vi inom Hälso- och sjukvård ska bidra till att det blir möjligt. Vi kan inte klara framtida uppdrag utan ett väl fungerande team och att undersköterskor får återerövra sina kompetensområden. Tillsammans kan vi lyckas.

Fortsatt arbete med förebyggande hälso- och sjukvård behöver stärkas för att våra medborgare ska kunna bo kvar i det egna hemmet så långt det är möjligt. Om vi kan bistå i tidigt skede för att bibehålla funktioner eller kanske också förbättra dem, då ökar självständigheten, känsla av integritet och möjlighet till daglig aktivitet.

Samverkan mellan olika professioner inom kommunen och mellan kommunen, sjukhuset och primärvården behöver stärkas för att patienterna ska få en god och säker vård. En av de största utmaningarna finns där en patient rör sig genom vårdens nätverk.

Upprättande av riskförebyggande tvärprofessionella hälsoplaner är ett sådant exempel. Det behövs information för att planera patientens vård och omsorg som sedan överförs mellan olika vårdgivare i samband med att en patient flyttar från en vårdgivare till en annan. I det fall patienten har omfattande vård- och omsorgsbehov ska en plan, samordnad individuell plan (SIP) i samråd med patienten/närstående upprättas. Planen tydliggör kommunens och landstingets ansvar.

Inom Stöd och Omsorg behöver vi finna formerna för att tillhandahålla den vårdnivå vi idag erbjuder våra äldre på särskilda boenden. Vi har konstaterat att vi inte upprätthåller ett förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete på det sätt vi är ålagda att göra.

Korttidsvården fortsätter att vara en viktig utvecklingsarena för samverkan främst inom våra egna verksamheter. Med en väl fungerande korttidsvård stärks individens möjligheter till återgång till hemmet och därmed minskat behov av särskilt boende. Att kunna utveckla en korttidsvård med inriktning på demenssjuka blir utmanande och vår ambition är att stärka fler att kunna bo kvar en längre tid i ordinärt boende.

Aktivering och rehabilitering av äldre ska ha en hög prioritering i den tvärprofessionella samverkan. Senior Alert är ett instrument som minskar riskerna för vårdskador. Med diagnos, mål, ordination och uppföljning stärks det systematiska kvalitetsarbetet som ger patienten en god och säker vård. Senior Alert för att identifiera risker och vidta åtgärder innan skada uppstår behöver bli en självklarhet i våra verksamheter där vi bedriver vård och omsorg.

För att säkerställa en god och säker vård är arbetet med ledningssystem högt prioriterat.

Fortsatt arbete och förbättringar i arbetet med systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Prioritera utvecklingen av ledningssystem av hälso- och sjukvård
- Förbättra resultatuppföljning via verksamhetsstatistik samt analysera resultat och åtgärda
- Systematiskt arbete med kvalitativa metoder avseende vårdprevention och därmed en god och säker vård i samtliga verksamheter; Senior Alert, Palliativa registret och BPSD.
- Att fortlöpande systematiskt granska hälso- och sjukvårdsjournaler
- Delaktighet i arbetet med Skönsmomodellen i hemtjänst och på äldreboenden
- Utveckla verksamheten på kommunens korttidsenheter på Lindgården
- Utveckla korttidsvården för personer med demens
- Aktivt utveckla demensvården och anhörigstöd via Demenscentrum
- Implementera de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom och formulera kvalitetskriterier för demsenheter
- Öka samverkan med närstående och ge tillräckligt stöd samt ha en uppföljning med närstående och patient vid klagomål, missnöje eller avvikelser/negativa händelser
- Utveckla samverkan med primärvården
- Utredda och anpassa kommunens delegeringsutbildning för att leva upp till Socialstyrelsens krav kring dokumenterad kunskap
- Kvalitetssäkra avvikelsetarbetet, utredning, uppföljning och återkoppling i verksamheterna
- Förbättra det systematiska arbetet med händelseanalyser där enhetschefer och verksamhetschefer ska engageras i förslag till åtgärder och återkoppling
- Öka säkerheten i läkemedelshantering och administrering – inklusive läkemedelsgenomgångar.
- Gemensamt upphandla extern granskning av akutläkemedelsförråd med länets övriga kommuner
- Förbättra arbetet med vårdhygien och egenkontroll samt punktprevalensmätningar avseende vårdrelaterade infektioner.

Lagar, förordningar och författningar som styr patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30)

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

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

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

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659)

Lagens syfte är att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Lagen beskriver bland annat personalens skyldigheter, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn och möjligheten att rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskild yrkespersonal. Det blir enklare för patienter och närstående att lämna klagomål på vårdgivare från och med 2018. Klagomål ska från 2018 i första hand utredas av vårdgivaren⁴ samt att vårdgivaren exv. via patientnämnden ska ge ett aktivt stöd till den som vill lämna ett klagomål. Vårdgivaren får större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid en utredning kan lärdom även fokusera på positiva aspekter, åtgärder som

⁴ Inspektionen för vård och omsorg ska inte hantera klagomål från 2018. Ändring i Patientsäkerhetslagen, lag (2017:378).

förhindrade eller begränsade effekterna av vårdskada. Utredningarna bör sammanställas, analyseras och återföras på övergripande nivå för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

[Lex Maria](#)

Dessa föreskrifter anger att vårdgivaren till Inspektionen för vård och omsorg ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Med *allvarlig vårdskada* avses enligt samma bestämmelse vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Med *vårdskada* avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

[Patientlag \(PL 2014: 821\)](#)

Syftet med denna lag är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bl. a krav på tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt, val av behandlingsalternativ, ny medicinsk bedömning samt val av utförare.

Vid klagomål och synpunkter ska [Patientnämnden](#) stödja och hjälpa patienter och närstående att föra fram dessa samt att få svar från vårdgivaren.

Samtliga kommuner i Västernorrland har avtal med regionens Patientnämnden-Etiska nämnden avseende patientnämndsverksamheten.

[Patientdatalagen \(2008:355\)](#)








Denna lag tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Lagens syfte är att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Bilaga 1

RESULTAT – TABELLER/FIGURER

Figur 2. Vårdprevention 2016

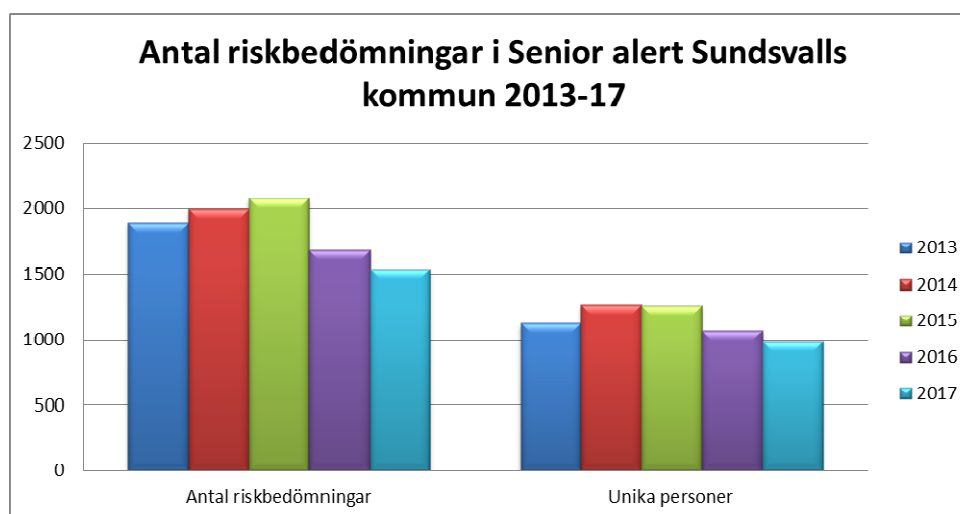
	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sundsvalls kommun	1064	93%  1 527 av 1 641	6%  91 av 1 527	86%  1 309 av 1 527	80%  1 186 av 1 482	114  81 personer	440  personer	134  79 personer	160  personer

Figur 1. Identifiering av bakomliggande orsaker var mycket lågt 2016.

Figur 3. Vårdprevention 2017

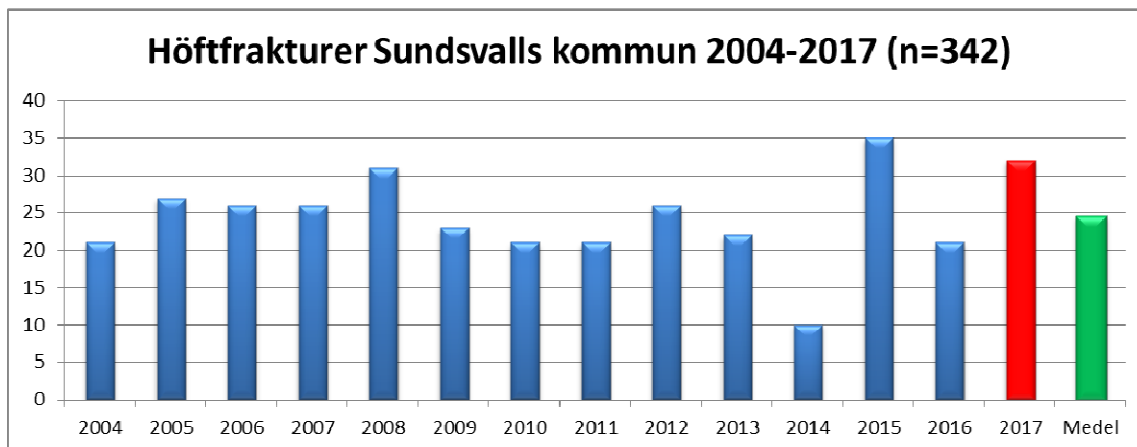
	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sundsvalls kommun	989	92%  1 412 av 1 537	84%  1 157 av 1 412	96%  1 350 av 1 412	81%  1 005 av 1 237	74  59 personer	365  personer	295  102 personer	160  personer

Figur 4. Trend, andel riskbedömningar och unika personer i SÄBO som riskbedömts i Senior alert i Sundsvall.



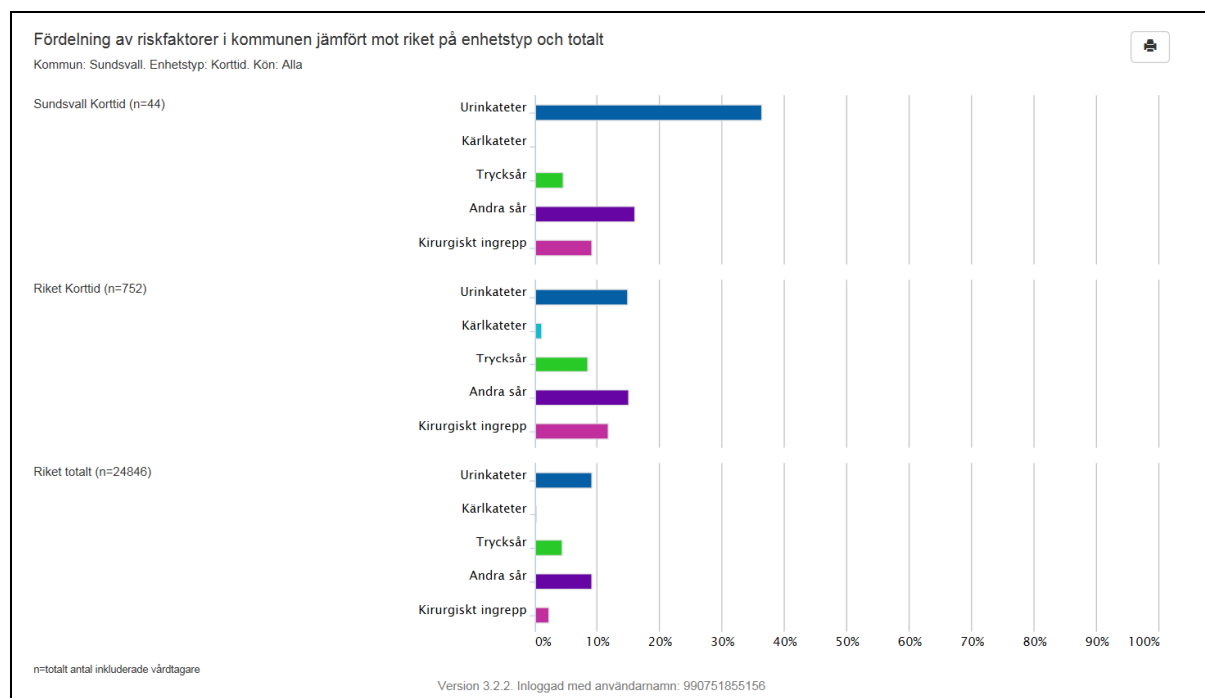
Figur 4. Antalet riskbedömningar har minskat sedan toppåret 2015 i slutet på den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” från regeringen. I statistiken även se hur många unika personer som fått en riskbedömning. Målet är att samtliga personer som bor i särskilda boenden ska erbjudas en riskbedömning – vilket inte uppnås till fullo i Sundsvalls kommun.

Figur 5. Antalet fallskador med höftfrakturer som konsekvens



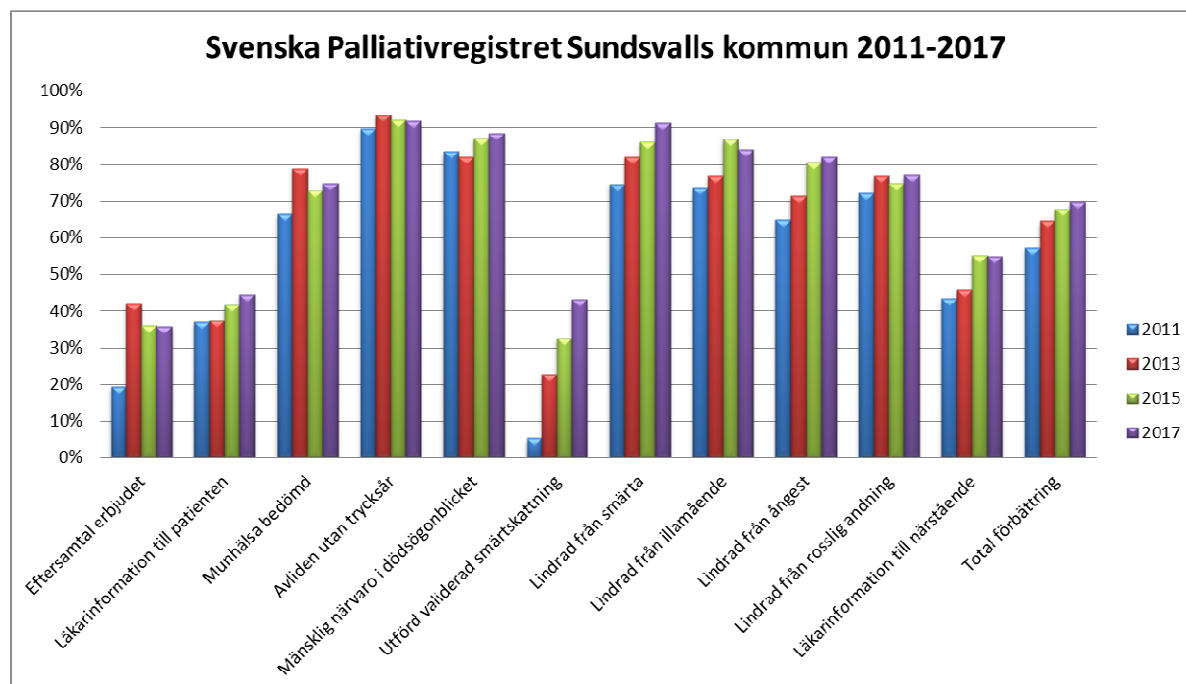
Figur 5. Allvarliga skador som höftfrakturer i särskilt boende varierar från år till år. Medel sedan 2004 är ca 25 frakturer per år. 2014 byggdes rapporteringssystemet ut – vilket troligen ger ett falskt lågt värde. Antalet höftfrakturer under 2017 är dock högre än genomsnittet.

Figur 6. Riskfaktor urinkateter på korttidsboende i Sundsvalls kommun



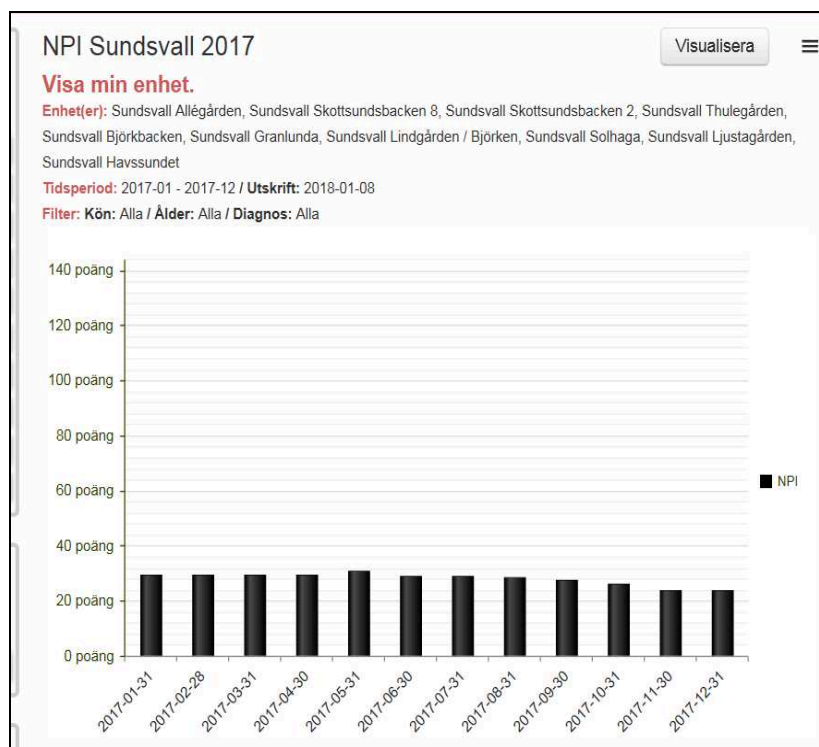
Figur 6. Sundsvalls kommun (36.4 procent) ligger långt över riket (14.9 procent) vad gäller förekomsten av urinkateter, som är den övervägande risken för infektioner i särskilda boenden.

Figur 7. Resultat palliativ vård i livets slut i Sundsvalls kommun 2011 till 2017



Figur 7. Resultat 2011 och 2017 i Svenska palliativregistret. Användning av verktyg för att värdera smärta (Utförd validerad smärtskattning) har ökat mest under åren i Sundsvalls kommun. (Källa Svenska Palliativregistret)

Figur 8. NPI-poäng BPSD-registret i Sundsvalls kommun 2017.



Figur 8. Målet är att minska BPSD-symtomen för den enskilde patienten. Mätning sker via så kallade NPI-poäng (Neuro Psychiatric Inventory) och ju lägre poäng ju mindre BPSD-symtom. Figuren visar medelvärde för alla registreringar i Sundsvalls kommun under 2017. En svag trend med lägre poäng kan ses under året.

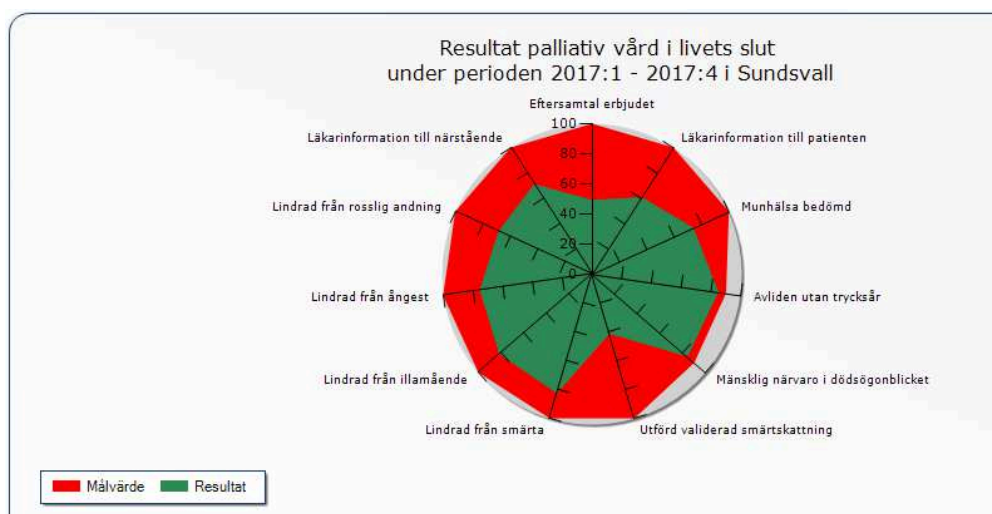
Tabell 9. Avvikelseregistreringar hela verksamheten mellan 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017
Läkemedel	925 →	1490 ↗	1614 ↗	1775 ↗
Fall	338 →	325 ↘	304 ↘	313 ↗
Fall utan skada	778 →	1213 ↗	1036 ↘	941 ↘
Trycksår	0	5 ↗	8 ↗	8 →
Rehab (ny från 2016)	-	-	8	8 →
Annat	93 →	155	247	224
Annat - ej patientbundet	7	23	25	29

Tabell 10. Avvikelseregistreringar i särskilda boenden mellan 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017
Läkemedel	603	1025	1091	1199
Fall	270	301	285	280
Fall utan skada	766	1203	1011	865
Trycksår	0	5	4	8
Rehab (ny från 2016)	-	-	8	8
Annat	52	94	158	159
Annat - ej patientbundet	3	14	12	18

Figur 11. Resultat palliativ vård i livets slut i Sundsvalls kommun 2017.



Figur 11. Målen är att öka både täckningsgrad och kvalitet. När det gröna fältet växer i spindeldiagrammet indikerar det en förbättring och bättre följsamhet av rutinerna i verksamheten. Varje verksamhet i Sundsvall kan själva följa detta och sätta egna mål kring förbättring. Denna bild illustrerar resultat på kommunnivå. (Källa. Svenska Palliativregistret)

Tabell 12. Nulägesrapport för läkemedelsanvändning i särskilda boenden i Sundsvalls kommun.

	2014	2015	2016	2017	Medel i länet 2017
Stående ordination alla läkemedel	6,0 %	6,2 %	6,5 %	6,8	7,3 %
Vid behovsordination av läkemedel	2,6 %	3,0 %	3,1 %	2,5	2,8 %
Sömnläkemedel stående ordination	15 %	14,7 %	16,2 %	16,9	15,9%
Sömnläkemedel vid behovsordination	12 %	15,5%	12,5 %	13,4	10,7 %
Neuroleptika stående ordination	10 %	9,5%	8,4 %	7,5	1,9 %

Tabell 13. Nulägesrapport för läkemedelsanvändning i hemsjukvården i Sundsvalls kommun.

	2015	2016	2017	Medel i länet 2017
Stående ordination alla läkemedel	7,5 %	6,5	7,1	7,4 %
Vid behovsordination läkemedel	2,6 %	2,2 %	2,2	2,4 %
Sömnläkemedel stående ordination	16,8 %	13,8 %	14,1	16,0 %
Sömnläkemedel vid behovsordination	18,0 %	12,0 %	14,3	11,0 %
Neuroleptika stående ordination	5,0 %	4,1 %	3,6	4,2 %

Referenser

1. Senior alert från <http://plus.rjl.se/senioralert>
2. Svenska palliativ registret från <http://palliativ.se/>
3. Svensk register för Beteende mässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) från <http://www.bpsd.se/>
4. Flexite från <http://www.flexite.com/sv/losningar/avvikelsehantering>
5. Demens ABC (www.demenscentrum.se)
6. Inspektion för vård och omsorg (IVO) från <http://www.ivo.se/>
7. Socialstyrelsen (2016). Avvikelse rapportering i hälso- och sjukvården från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelse rapportering>
8. Statens offentliga utredningar (2016). Effektiv vård SOU 2016:2. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom Hälso och sjukvården.
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2013). Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt.
10. Nätverk blås- och tarmdysfunktion från <http://nikola.nu/>
11. Socialstyrelsen (2010). Habilitering och rehabilitering. Förutsättningar för uppföljning från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf>
12. Rosdahl J, Blusi M, Zimic S (2016). Trygg Hemma - Hemrehabilitering med teambaserat arbetssätt i hemsjukvården. Rapport 2016:11. Kommunförbundet; FoU Västernorrland. från <http://www.ehalsomyndigheten.se>