

**Patientsäkerhetsberättelse för Hälso- och sjukvård i
Socialförvaltningen Sundsvalls kommun**

År 2015

Sundsvall 2016-03-29

Gurli Edlund, Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)

Markku Paanalahti, Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)

Rose-Marie Carlsson, Verksamhetschef HSL

Innehåll

1. Sammanfattning	4
1.1 Lagar och författningar som styr patientsäkerhetsarbetet	5
1.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	5
1.1.2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	5
1.1.3 Patientsäkerhetslagen (2010:659)	6
1.1.4 Patientlagen (2014: 821)	6
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
2.1 Verksamhetschefens ansvar	6
2.2 MAS och MAR ansvar	7
2.3 Områdeschefens ansvar	7
2.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	7
3. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder	8
som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
3.1 Personalutbildningar.....	9
3.2 Senior alert	10
3.2.1 Fallskador	10
3.2.2 Trycksår.....	11
3.2.3 Nutrition	11
3.2.4 Munhälsa	12
3.3 Lindrande omvårdnad vid vård i livets slut – palliativ vård	12
3.3.1 Svenska Palliativregistret	13
3.4 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	15
3.4.1 BPSD-registret	15
3.5 Avvikelse rapportering	16
3.6 Kartläggning av läkemedelsanvändningen och läkemedelsavvikelser	17
3.7 Samverkansavtal om läkarmedverkan.....	20
3.8 Vårdhygien	20
3.9 Blåsdysfunktion (inkontinens)	21
3.9.1 Mätning av antal personer med behandling av kvarliggande urinkateter (KAD) ...	22
4. Rehabilitering	23
4.1 Projekt ”Trygg hemma”	23
4.2 Medicintekniska produkter och kognitiva hjälpmedel inom rehab	24
5. Samverkan med patienter och närstående	25

6. Övergripande mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet för kommande år	26
2016.....	26
Referenser.....	27

1. Sammanfattning

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som den som önskar kan ta del av. Patientsäkerhetsberättelsen är en redogörelse för vad vårdgivaren gjort för att identifiera, analysera och reducera risker, tillbud och negativa händelser i vården. Målet är att främja patientsäkerhet genom att minska antalet vårdskador oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller att vårdpersonal begått misstag. Inom affärsområdet Hälso- och sjukvård den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ska tillsammans med medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) och verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. Patienten och närstående ska alltid informeras om en allvarlig händelse har inträffat samt få kunskap om rättigheter, hur man klagar, gör enskild anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt kontaktar Patientnämnden.

Mellan mars 2015 och mars 2016 har antalet hemsjukvårdsärenden ökat från 1266 till 1498. Denna ökning är markant och inte minst därför att många av patienter behöver omfattande sjukvårdsinsatser, dels på grund av att patienter skrivs ut tidigt från sjukhuset samt en ökning av patienter med behov av palliativ omvårdnad med omfattande insatser från distriktsköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Eftersom många av dessa patienter behöver vård- och omsorg från olika vårdgivare (sjukhuset, primärvården och kommunen) finns det ett fortsatt behov för utveckling av samverkan med landstinget. Två viktiga utvecklingsområden är informationsöverföring samt ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare för att kunna garantera säker och bra vård för patienterna.

För att kunna systematiskt förebygga risker för vårdskador har kvalitetsregistren, Senior alert (1), Svenska palliativa registret (2) och Registret beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) (3) samt avvikelshanteringssystemet Flexite (4) används. Resultatet från olika kvalitetsregister visar att antalet riskbedömningar och planerade åtgärder för att förebygga vårdskador har ökat jämfört med fjolårets resultat. Resultatet visar att även antal fall med kroppsskada på Särskilda äldreboenden (SÄBO) har minskat från 342 (2014) till 295 (2015) som tyder på ökad kompetens inom riskförebyggande arbete på SÄBO.

Antal vårdpersonal som har fått utbildning i demensvård och hur man bemöter patienter med BPSD symtom har ökat stadigt, emellertid krävs systematiskt arbete för implementering av

ny kunskap i arbetet. Satsningar på hemrehabilitering i form av Trygg hemma projekt har inneburit en investering i systematisk prevention av risker för vårdskador i ordinärt boende. Det finns växande bevis för betydelsen av aktiv rehabilitering för äldre personer med kroniska sjukdomar (5) vilket gynnar både den äldre och samhället.

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

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

Resultatet från 2015 visar att genom att årligen följa upp och bedöma kvaliteten kan verksamheten fortlöpande utvecklas.

1.1 Lagar och författningar som styr patientsäkerhetsarbetet

1.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)

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

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 7 § tredje stycket socialtjänstlagen eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket samma lag. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

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

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

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

1.1.3 Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659)

De tidigare disciplinåtgärderna varning och erinran har ersatts av bland annat en utökad möjlighet för Inspektion för vård och omsorg (IVO) (6) att rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskild yrkespersonal. Det blir enklare för patienter att påtala fel och brister. Patientens klagomål ska utredas förutsättningslöst av IVO. Vårdgivaren får större och tydligare ansvar. Vårdgivaren får ett tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård.

1.1.4 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 informera och hjälpa patienten till rätt myndighet.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten så att varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården samt att hälso- och sjukvårdspersonalen.

2.1 Verksamhetschefens ansvar

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

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

2.2 MAS och MAR ansvar

MAS ska tillsammans med MAR och verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS och MAR ska även tillse att författningar är kända och följs samt utfärda rutiner och instruktioner utifrån de krav som ställs på verksamheten. MAS och MAR har delegation från nämnden att utreda och anmäla om en patient i samband med vård och behandling drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria). Uppföljning av kvalitet med rapportering från MAS, MAR till vårdgivaren sker fyra gånger om året. Vid två av dessa tillfällen sker uppföljning utifrån webenkäter som besvaras av verksamheten. MAS och MAR följer kontinuerligt avvikelser i avvikelshanteringssystemet Flexite. MAS och MAR ska också träffa personalgrupper i olika delar av verksamheten där personalen får möjligheten att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor.

Fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att upprätta ett årshjul för egenkontroll av hälso- och sjukvård som en del av ledningssystemet

2.3 Områdeschefens ansvar

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

2.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Bestämmelsen om det personliga yrkesansvaret regleras i patientsäkerhetslagen (PSL). Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador och rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att 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. I Hälso- och

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

Inom den kommunala hälso- och sjukvården 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 all 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.

Fortsatt arbete i 2016

- Dokumentationsutvecklare i samarbete med MAS och MAR fortsätter med arbetet med att förbättra dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen
- Att fortlöpande systematiskt granska hälso- och sjukvårdsjournaler

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

Arbetet med patientsäkerhet inriktas på att bygga upp processer och system som skyddar patienten från vårdskada eller risk för sådan. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras inför exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya rutiner. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Begreppet God vård (Figur 1) lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12).

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.

Figur 1. God Vård



3.1 Personalutbildningar

Personalutbildningar är en viktig del av kontinuerligt patientsäkerhetsarbete. Under år 2015 har utbildningar i demensomvårdnad haft en betydande roll inom den kommunala hälso- och sjukvården.

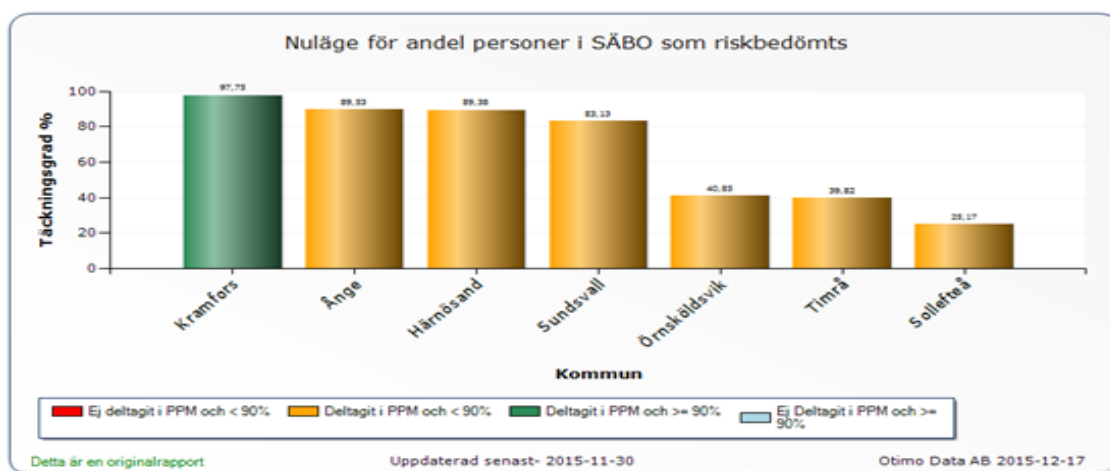
Resumé av genomförda personalutbildningar under 2015:

- Kontinuerlig utbildning inom hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita+HSL för nyanställda
- Introduktion av kvalitetsregistret BPSD inom demensomvårdnad
- Demensomvårdnad ABC och de nationella riktlinjerna fortgår
- Läkemedelskommitténs årliga stämma för sjuksköterskor
- Palliativ omvårdnad riktad till samtliga sjuk- och distriktssköterskor
- Palliativ omvårdnad riktad till palliativa ombud inom särskilt boende
- Basal hygien riktad till områdeschefer samt övrig vård- och omsorgspersonal
- Utbildning Klinisk bedömning för sjuksköterskor.
- Utbildning i munvård för omvårdnadspersonal
- Utbildning i Basala hygien rutiner för områdeschefer.

3.2 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister (1) kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall och undernäring. Alla personer som är äldre än 65 år och får vård och omsorg av kommunen kan riskbedömas i Senior alert. Riskbedömningen görs av en sjuksköterska tillsammans med vårdpersonal. Patienten har alltid rätt att tacka nej till registrering i kvalitetsregistret. De risker som upptäcks ska alltid följas av en hälsoplan, från leg. personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut) till omvårdnadspersonalen. Seniort alert möjliggör även jämförelser mellan olika kommuner i länet som är illustrerad i figur 2.

Figur 2. Nuläge för andel personer i SÄBO som riskbedömts i Senior alert i Västernorrlandslän.



3.2.1 Fallskador

Konsekvenser av en äldres fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till en lång lidande. Falltillbud är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar. Förebyggande risk och åtgärdsarbete via nationella registret Senior alert är av central betydelse och ska användas i fallförebyggande arbete inom kommunens särskilda boenden. Inom hemsjukvården rapporteras endast fall tillsammans med personal. Fall och fallskador ska dokumenteras i systemet Flexite (4) samt i patientens hälso- och sjukvårds journal (Tabell 1).

Tabell 1. Antal registrerade riskbedömningar 2012-2015 i SÄBO i Sundsvalls kommun.

Senior alert	2012	2013	2014	2015
Fallrisk registreringar	1209	1574	1682	1783
Fallrisk, med planerade åtgärder	X	1316	1492	1599
Risk för trycksår	412	483	603	566
Risk för trycksår, med planerade åtgärder	X	402	499	492
Risk för undernäring	928	1147	1317	1366
Risk för undernäring, med planerade åtgärder	X	978	1160	1232
Riskbedömning munhälsa	X	X	1352	1647
Risk för dålig munhälsa	X	X	491	515
Risk för dålig munhälsa med planeradeåtgärder	X	X	344	362

3.2.2 Trycksår

Trycksår definieras som en skada av huden och underliggande vävnad, orsakad av tryck eller skjuv eller en kombination av dessa. Skjuv är en förskjutning av vävnadslagren i förhållande till varandra. Trycksår kan förebyggas och undvikas, prevention sker via Senior alert (1).

Trycksår är en vårdskada som alltid ska registreras som en avvikelse i Flexite (4).

Antal registrerade trycksår i Senior alert ökade från 10 till 50 men samtidigt har riskbedömningen för trycksår i Senior alert minskat från 603 till 566 (Tabell 1).

Riskbedömning för tryck behöver öka i verksamheten.

3.2.3 Nutrition

Lokala riktlinjer för nutrition finns i verksamheten och alla patienter inom särskilt boende ska bedömas enligt Senior alert och åtgärder sätts in vid nutritionsproblem. Sjuksköterska har omvårdnadsansvaret för patientens näringstillstånd. Det omfattar att identifiera problem med mat- och vätskeintag samt följa upp att patienten får näringstillskott vid behov enligt givna ordinationer. Vid för litet intag av energi och näring ökar risken för undernäring som i sin tur ökar risken för komplikationer som till exempel trycksår och kan leda till försämrad livskvalité. Enligt Socialstyrelsen bör nattfastan inte överskrida 10-11 timmar. En lång fasteperiod kan riskera att patienten får för lågt blodsocker som i sin tur kan till exempel öka risk för fall.

3.2.4 Munhälsa

Många äldre har problem med munhälsa och många läkemedel har muntorrhet som biverkan. Munhälsobedömning erbjuds 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). Landstinget ansvarar för uppsökande verksamhet med erbjudande om avgiftsfri munhälsobedömning. Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år samt intyg om nödvändig tandvård till reducerad kostnad. Tandvården ska även utbilda omvårdnadspersonal inom kommunal verksamhet i munhälsa årligen enligt avtal och munvårdsombud finns utsedda inom alla särskilda boenden som fungerar som kontaktlänk till landstingets tandvård. Statistik från Sveriges kommuner och landsting (SKL) finns aktuellt endast för år 2013 som visar att 3163 personer inom Sundsvalls kommun erhållit munhälsobedömning vilket motsvarar 79 % av personkretsen jämfört med riksnittet som är 54 %. Uppsökande verksamhet inom Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård för år 2014 visar att man planerade 1019 munhälsobedömningar och 856 utfördes. Enligt uppgift från Tandvården utfördes 84 % av de planerade bedömningarna. Senior alert riskbedömningar har inte ännu påbörjats inom hemsjukvården i Sundsvalls kommun. Resultatet (Tabell 1) visar att antal riskbedömningar och planerade åtgärder har stadigt ökat inom SÄBO.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att påbörja riskbedömningar inom hemsjukvården i Senior alert
- Att fortsätta implementeringen av riskbedömning för munhälsa
- Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda

3.3 Lindrande omvårdnad vid vård i livets slut – palliativ vård

Vårdfilosofin vid palliativ omvårdnad är att minska obehag och lidande samt att hjälpa patienten att leva sitt liv så aktivt och normalt som möjligt till livets slut.

God palliativ omvårdnad bygger på fyra hörnstenar:

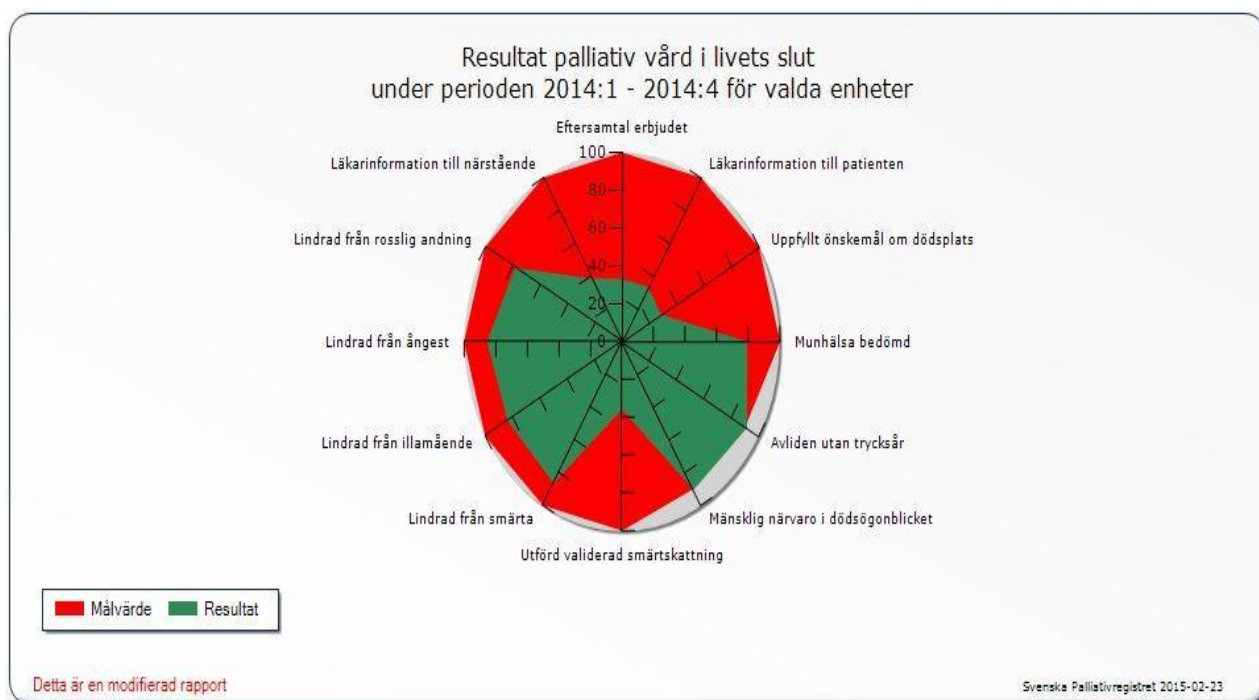
1. Lindra plågsamma symtom
2. Teamarbete mellan vårdens professioner efter behov
3. Kontinuitet och bra kommunikation mellan patient, närstående och personal
4. Stöd till närstående och/eller personal som vårdar

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.

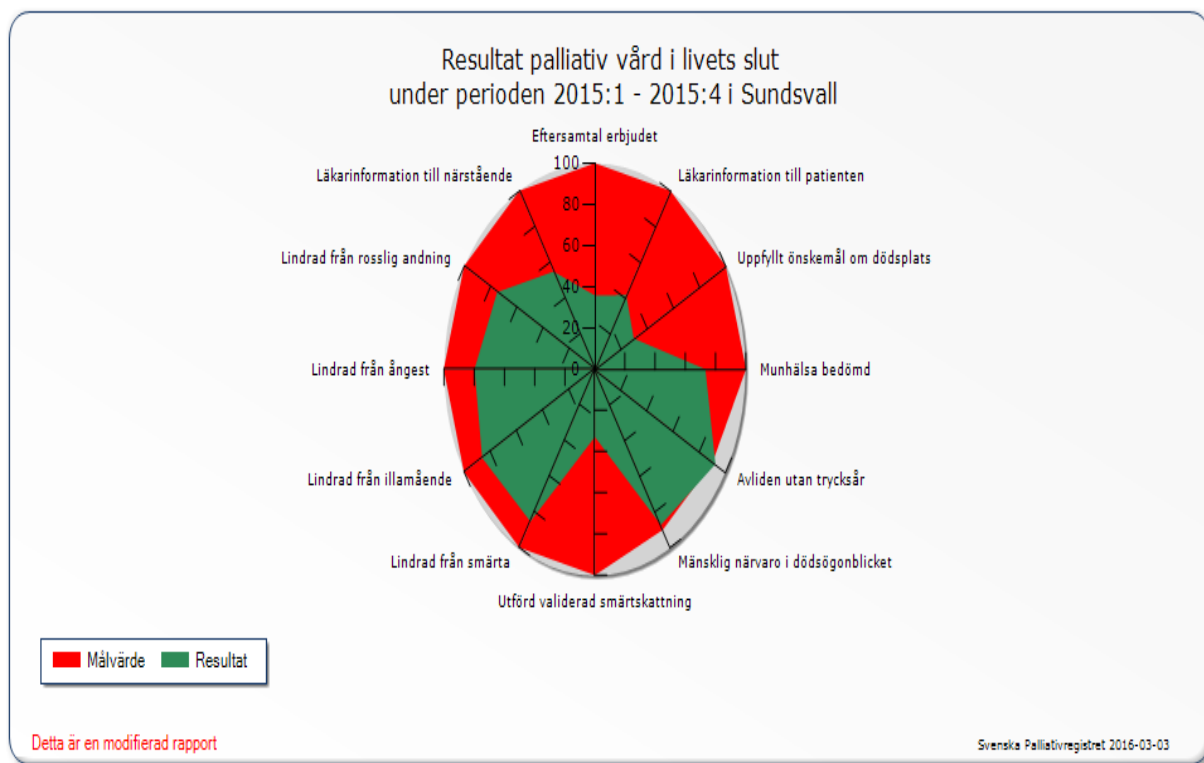
3.3.1 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret (2) är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. I figur 3 och 4 illustreras resultatet i palliativ vård vid livets slut under 2014 och 2015 i Sundsvalls kommun.

Figur 3. Resultat palliativ vård i livets slut i Sundsvalls kommun 2014.



Figur 4. Resultat palliativ vård i livets slut i Sundsvalls kommun 2015.



Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Målet är att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där patienten vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får stöd. Resultatet för år 2015 visar fortfarande på förbättringsområden, bl.a. registrerat antal patienter som blivit smärtskattade och fått tillräcklig lindring. Läkarinformation till närstående har förbättrats något.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att fortsätta med kontinuerlig utbildning inom palliativ omvårdnad för all personal
- Att kontinuerligt utbilda legitimerad personal inom aktuell medicinteknik
- Att samverka med närstående och ge tillräckligt stöd
- Att tillsammans med läkare initiera informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående
- Att smärtskattning sker enligt bedömningsinstrumenten Abbey Pain Scale eller VAS

3.4 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

”Nationella utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014” uppges att ungefär åtta procent av alla personer över 65 år har någon form av demenssjukdom. En person som drabbats av demens har försämrade minnesfunktion, förändrad emotionell kontroll eller motivation alternativt 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 livskvalité. Personalen har ofta svårt att förhålla sig till de problem som uppstår.

Kommunens demensvårdsutvecklare har en samordnande funktion för utbildning och kompetenshöjning till personal för att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. För utbildning och handledning av hälso- och sjukvårdspersonal finns en sjuksköterska och en undersköterska båda är certifierade utbildare i BPSD registret (3). Det finns även fem undersköterskor med särskild utbildning i BPSD, dessa handleder personal i specifika omvårdnadssituationer vid demenssjukdom. I länet finns sedan tidigare ett nätverk mellan landsting och kommunerna för att förbättra samverkan för patienter med demenssjukdom. Under 2013 anställdes en länssamordnare (50 %) för att främja samverkan. Utbildningsdagar för länet har finansierats av kommunförbundet och ingått i satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. Nationellt ligger Västernorrlands län på andra plats gällande webutbildningen Demens ABC och Sundsvalls kommun ligger på andra plats i länet. Även anhörigstöd är en viktig del av patientsäkerhetsarbete vid demenssjukdomar. Två anhörigutbildningar om demenssjukdomar har genomförts under 2015 och på anhörigcenter finns det en anhörigstödare samt två anhörigkonsulenter att tillgå, även flera träffpunkter finns i kommunen.

3.4.1 BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister (3) och stöd i processen med att komma tillrätta med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Arbetet med införandet av registret påbörjades i verksamheten under 2012. Totalt gjordes, år 2013, 95 skattningar av BPSD symtom motsvarande ca 10 % av Sundsvalls kommuns platser för personer med

demenssjukdom. Under år 2015 har antalet skattningar av BPSD symtom ökat till 203. Under året 2015 har BPSD-teamet även utbildat biståndshandläggare, sjuksköterskor samt 87 omvårdnadspersonal i demensomvårdnad inom särskilda boenden. Utbildningar kommer att fortsätta även under år 2016.

Fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att fortsätta arbetet med implementering av BPSD-registret i demensomvårdande
- MAS och MAR deltar i arbetet Sundsvall – en demensvänlig kommun

3.5 Avvikelseberapportering

Avvikelse kan vara relaterade till den medicinska behandlingen, omvårdnad, rehabilitering eller medicintekniska produkter. Avvikelse kan också förorsakas av brister i samverkan genom vårdkedjan (vårdens övergångsställen). Vården är 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). 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. Rutin för avvikelshantering via systemet Flexite (4) har implementerats från juni 2014. Resultatet visar att antalet rapporterade avvikelser har ökat varje år som kan ses som en del av utvecklingen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Under år 2015 rapporterades totalt 2568 avvikelser jämfört med 2166 avvikelser i 2014.

Två Lex Maria anmälan skickades till IVO under 2015. Utvecklingen gällande avvikelserregistreringar mellan 2013-2015 i systemet Flexite (Tabell 2).

Resultatet i Flexite bestyrker även att antal rapporterade fallskador har minskat inom verksamheten. Avvikelseberapportering har en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet och den hjälper områdeschefer att utreda, åtgärda, följa upp samt återföra resultat till personalgrupper.

Tabell 2. Avvikelseregistreringar i Flexite mellan 2013-2015 i Sundsvalls kommun.

Flexite	2013	Totalt 2014	Totalt 2015
Läkemedel	295	953	1247
Fall med skada	115	342	295
Annat	16	121	99
Fall utan skada	Ej registrerat	750	1148
Trycksår	Ej registrerat	Ej registrerat	5
Totalt	426	2166	2794

Fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att fortsätta implementering och uppföljning av rutin för avvikelshantering inom SÄBO samt hemsjukvård
- Att minska antal registrerade läkemedelavvikelser genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete kring läkemedelshantering

3.6 Kartläggning av läkemedelsanvändningen och läkemedelsavvikelser

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 kan också påverka hälsan negativt. Problem med balans, oro, trötthet och minne är vanliga vid behandling med alltför många läkemedel. Den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshantering är utebliven dos på grund av glömska och/eller bristande kommunikation (8). Hantering av läkemedel innefattar delegering, ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel. Områdeschef och sjuksköterska upprättar utifrån MAS rutin en lokal arbetsordning för läkemedelshanteringen 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.

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (vanligen legitimerad sjuksköterska) överlåter en arbetsuppgift ofta administreringen av läkemedel till reellt kompetent personal

(vanligen undersköterska). Från oktober år 2014 har en ny rutin för delegering införts inom hemsjukvården med en obligatorisk central utbildning och kunskapstest innan delegering sker. Antalet delgeringar varierar mycket mellan sjuksköterskor.

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. Resultatet från 2015 visar att användning av laxermedel behöver minska (Tabell 3 och 4).

Läkemedelsgenomgångar som syftar till en optimal individuell läkemedelsbehandling ska enligt författning göras minst en gång per år för alla personer i särskilt boende (SOSFS 2001:17). Processen med läkemedelgenomgång innebär att sjuksköterska informerar patient och närstående både muntligt och skriftligt.

Med hjälp av symtomskattningsformulär med frågor om patientens hälsotillstånd kontrollerar sjuksköterska tillsammans med patienten och eller anhörig alternativt patientens kontaktman att läkemedelslistan stämmer med hur patienten tar sina läkemedel. Sedan ett team bestående av läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal träffas och diskuterar tänkbara läkemedelsförändringar och eller omvårdnadsåtgärder. Läkare beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas och i vilken ordning, information förmedlas till patient och eller närstående.

Läkemedelsgenomgången dokumenteras av sjuksköterska och läkare i respektive journal. Senast tre månader efter läkemedelsgenomgången görs uppföljning. Sjuksköterska observerar om genomförda förändringar lett till att patientens tillstånd har förändrats.

Antalet utförda läkemedelsgenomgångar i särskilt boende år 2015, är betydligt högre än 2014 (459 st, att jämföra med 201 st förra året) som tyder på ökat samarbete mellan vårdgivare.

Läkemedelsgenomgång för att optimera den enskilda patientens läkemedelsbehandling är ett exempel på god samverkan mellan kommun och landsting.

Tabell 3. Nulägesrapport för läkemedelsanvändning i SÄBO.

	2013	2014	2015
Stående ordination	6,3	6,0	6.2
Vid behovsordination	2,1	2,6	3.0
Sömnmedel			
Stående ordination	16 %	15 %	15 %
Vid behovsordination	13 %	12 %	15.5%
Neuroleptika			
Stående ordination	10 %	10 %	9.5%
NSAID			
Stående ordination	1 %	0.5%	0.5%
Laxermedel			
Stående ordination	45 %	40 %	40.5%
Vid behovsordination	28 %	29 %	30.5%
Tramadol			
Stående ordination	1.0%	0.3%	0.3%
Vid behovsordination	0.5%	0.4%	0.3%

Tabell 4. Läkemedelsavvikelser i Sundsvalls kommun 2012-2015.

Flexite	2013	2014	2015
Fel dos till patient	31	57	86
Förväxlingsfel mellan patienter, tidpunkt etc	19	21	55
Läkemedel givet på ett felaktigt sätt	8	25	72
Utebliven ordinerad behandling	208	512	929
Sen behandling	25	75	105
Totalt	291	690	1247

Fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att medvetandegöra sjuksköterskor om olämpliga läkemedel för äldre
- Att öka antalet läkemedelsgenomgångar i verksamheten
- Att fortsätta samverka med landstinget i läkemedelskommittén

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska årligen genomföras inom de 12 enheter som har akut läkemedelsförråd. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att

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

Fortsatt arbete i 2016

- Att kontinuerligt kvalitetsgranska läkemedelshanteringen

3.7 Samverkansavtal om läkarmedverkan

Det finns en samverkansgrupp i Västernorrland som arbetar med kvalitetsförbättringar för äldres läkemedelsanvändning. I samverkansgrupp ingår, geriatriker, distriktsläkare, apotekare samt kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterska. Avtal om läkarmedverkan inom kommunernas särskilda boenden tecknades 2012-05-01 mellan landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland. Avtalet reviderades 2013 inför kommunens hemsjukvårdövertagande.

Gemensamma mål är:

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

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

3.8 Vårdhygien

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är basala hygienrutiner av största vikt för att förhindra smittspridning. Det globala resistensläget försämras snabbt och det är av största vikt att spridning av Multi Resistent Bakterier (MRB) förebyggs. Magsjuka förorsakat av calicivirus (så kallad vinterkräksjuka) är ett smittämne som numera förekommer året om. Rutin finns för

hantering av utbrott, registrering och rapportering till smitt-skydds-enheten. Som ett stöd till kommunen för att upprätthålla en hög hygienisk standard enligt lagstiftarens krav ska smittskydds-enheten 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.

Fortsatt arbete i 2016

- Att fortsätta arbeta enligt fastställd rutin
- Att följa upp hygienarbetet inom ramen för nytt avtal om vårdhygien

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

Nikola.nu (10) är ett nationellt nätverk som arbetar med stöd till vården kring personer med blåsdysfunktion. Nikola utvecklar stöd och metoder för att kvalitetssäkra utredning, bedömning, planering, åtgärder och utvärdering av insatta åtgärder. För den äldre patienten kan små åtgärder som att få toalettassistans eller träning vara betydelsefullt. Läckagemätning under två dygn kvalitetssäkrar så individuellt utprovade hjälpmedel vid urinläckage kan förskrivas. Sjuksköterska ansvarar för att vid behov upprätta en hälsoplan i hälso- och sjukvårdsjournalen och förskriva hjälpmedel. Kvalitetsarbete inom området påbörjades 2013

och fortgår inom SÄBO. En grupp i länet har utsetts för att se över en länsövergripande rutin för området blåsdysfunktion.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att upprätta rutin för inkontinens utifrån kommande vårdprogram för länet
- Att öka användning av www.nikola.nu som stöd vid utredning av inkontinens och förskrivning av inkontinenshjälpmedel

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

Kvarliggande urin i blåsan är oftast en indikation för kvarliggande kateter i urinblåsan som kallas för KAD. Eftersom KAD är den dominerande orsaken till vårdrelaterade urinvägsinfektioner bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikatorerna för användande och att begränsa behandlingstiden. Målet är att alla patienter ska ha genomgått en medicinsk utredning och fått en diagnos innan behandlingen påbörjas. Sjuksköterska ansvarar för att en ordination finns i hälso- och sjukvårdsjournalen för skötsel och uppföljning samt förskriver hjälpmedel. Vid 2015 års mätning inom särskilt boende hade 51 patienter en KAD (Tabell 5.)

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

Tabell 5. Förekomst av kvarliggande urinkateter enligt Leg. Sjuksköterskors svar i patientberättelseenkäten.

	2012	2013	2014	2015
Särskilt boende	66	66	59	51

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar i 2016

- Att utifrån kommande länsrutin upprätta lokal rutin för omvårdnad vid behandling med KAD
- Att fortsätta arbetet med upprättande av ordination vid KAD

4. 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 sjukgymnast/fysioterapeut patientens aktivitets- och funktionsförmåga i de dagliga aktiviteterna i ordinärtboende, i SÄBO och på kommunens korttidsavdelningar.

Inom hemsjukvård erbjuder arbetsterapeut och sjukgymnast intensiv och tidsbegränsad rehabilitering i ordinärt boende. På kommunens dagrehabilitering på äldreboendet Lindgården kan äldre personer med långvariga skador och eller sjukdomar som bor i ordinärt boende få träning och aktiviteter under en begränsad period, individuellt och i grupp.

På kommunens SÄBO handleder arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast vårdpersonal 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 brukaren/patienten.

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/sjukgymnast ger också information och handledning till anhöriga om rehabiliterande förhållningssätt.

4.1 Projekt ”Trygg hemma”

Projekt Trygg hemma startade oktober 2014 och avslutades i december 2015. Syfte med projektet var att genom ett långsiktigt, förebyggande arbete ge förutsättningar för ett längre kvarboende i ordinärt boende samt att bidra till att behovet av hjälpinsatser minskar eller fördröjs. Arbetssättet grundar sig på tidig bedömning av brukarens rehabiliteringsbehov genom arbetsterapeut och eller fysioterapeut/sjukgymnast. I projektet ingick två sjukgymnaster, två arbetsterapeuter samt en handläggare, de arbetade i samverkan med hemtjänstpersonal. Målgruppen var brukare boende inom delar av områden i Granloholm och Haga.

Slutsatserna från slutrapporten (rapporten publiceras under 2016), framgår att det teambaserade arbetssättet i Trygg hemma resulterat i att vårdtagarnas fysiska funktionsförmåga och förmåga till aktivitet ökat. Vårdtagarnas självskattade hälsa tenderade att öka, och behovet av hemtjänstinsatser visade sig minska hos de vårdtagare som registrerats för uppföljning (Rosdahl J, 2015, Trygg hemma - införande av teambaserat arbetssätt inom hemrehabilitering i Sundsvalls kommun).

Under år 2016 utökas antal Trygg Hemma team från 2 till 7 och implementering av arbetssättet fortsätter.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Ökad samverkan mellan arbetsterapeut, *fysioterapeut, sjuksköterska, biståndshandläggare, områdeschefer för SÄBO och hemtjänst- samt omvårdnadspersonal.
- Vårdtagarträffar med alla hemtjänstgrupper och SÄBO, målsättning en träff per månad. Datainsamling via Excel.
- Inflyttningsbedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i samband med permanent inflyttning till SÄBO. Senast inom 3 veckor efter inflyttning. Datainsamling via Procapita.
- Gemensamt första hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast i ordinärt boende för de patienter som skrivs ut från sjukhus och har rapporterats till Rehabenheten. Individuellt utformad träning som sker i vardagliga aktiviteter i hemmiljö. Datainsamling via Excel och Procapita.

*Fysioterapeut och sjukgymnast används för att beskriva samma yrkesgrupp.

4.2 Medicintekniska produkter och kognitiva hjälpmedel inom rehab

Hjälpmedel 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. För den som har svårigheter att ta till sig information, strukturera och planera tillvaron till exempel p.g.a. demens kan vardagen bli lättare med kognitiva hjälpmedel. Kognitiva hjälpmedel har stor potential att bidra till att äldre personer och andra med

funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygga och delaktiga i samhället. Exempel på teknik är trygghetslarm, GPS-positionsalarm, tele- och videokommunikation mellan vårdtagaren och vårdgivaren.

Medicintekniska produkter (MTP) alltså hjälpmedel utprovas och förskrivs av arbetsterapeut eller fysioterapeut som har förskrivningsrätt enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982:763, 3 b; 18 b §). Arbetsterapeut och fysioterapeut handleder omvårdnadspersonal, patienten och anhöriga i handhavande av medicintekniskaprodukterna. 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 Rehabenhetens personal skapat skriftliga rutiner för hjälpmedelshantering.

En arbetsterapeut med speciell funktion som hjälpmedelscontroller har inrättats under år 2014. Hjälpmedelscontrollers arbetsuppgifter är att bidra till kostnadseffektiv hjälpmedelshantering, utbildning av hjälpmedelsombud (undersköterskor) samt upprätthålla ett samarbete med dem och Rehab. I länet finns också ett länsövergripande Hjälpmedelskommittén som strävar efter en jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning i länet. Hjälpmedelskommittén ansvarar också för obligatorisk förskrivarutbildning för arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, sjuksköterskor och läkare i länet.

Avvikelse kring medicintekniska produkter rapporteras enligt flexite rutin. Under år 2015 rapporterades 5 avvikelser gällande handhavande och/eller produktfel.

Fortsatt arbete i 2016

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

5. Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienten/närstående ska stärkas genom delaktighet i omvårdnaden. Informationen ska även på patientens begäran eller om patienten inte kan ta emot informationen lämnas till den närstående.

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 IVO 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 2015 för Patientnämnden-Etiskanämnden i Landstinget Västernorrland visar 5 ärenden för Sundsvalls kommun. I Sundsvalls kommun finns även en rutin för klagomål och synpunkter på hemsidan:

www.sundsvall.se/lamnasynpunkter/SynpunktSundsvall,

där man kan lämna synpunkter även om den kommunal hälso- och sjukvården.

6. Övergripande mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet för kommande år 2016

En stor andel av vårdskadorna är i grunden relaterade till brister i information och kommunikation (8). Samverkan mellan olika professioner inom kommunen genom upprättande av riskförebyggande tvärprofessionella hälsoplaner behöver stärkas för att patienterna ska få en god och säker vård. 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 samordnat individuellplan (SIP) i samråd med patienten upprättats. Planen tydliggör kommunens och landstingets ansvar.

Aktivering och rehabilitering av äldre i fallförebyggande syfte måste ha en hög prioritering i den tvärprofessionella samverkan. Med diagnos, mål, ordination och uppföljning stärks det systematiska kvalitetsarbetet som ger patienten en god och säker vård. Även samverkan med patienter och närstående behöver utvecklas och stärkas. Närstående tar ansvar för en hel del av vården i ordinärt boende och har ofta stort behov av information och stöd från hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna klara vardagens utmaningar.

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. Läkartidningen. (2013-11-05 s.110) från Lakartidningen.se
6. Inspektion för vård och omsorg (IVO) från <http://www.ivo.se/>
7. Socialstyrelsen. (2016). Avvikelseberapportering i hälso- och sjukvården från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelseberapportering>
8. Statens offentliga utredningar. (2016). Effektiv vård SOU 2016:2. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom Hälso och sjukvården.
9. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (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. från <http://www.ehalsomyndigheten.se/>