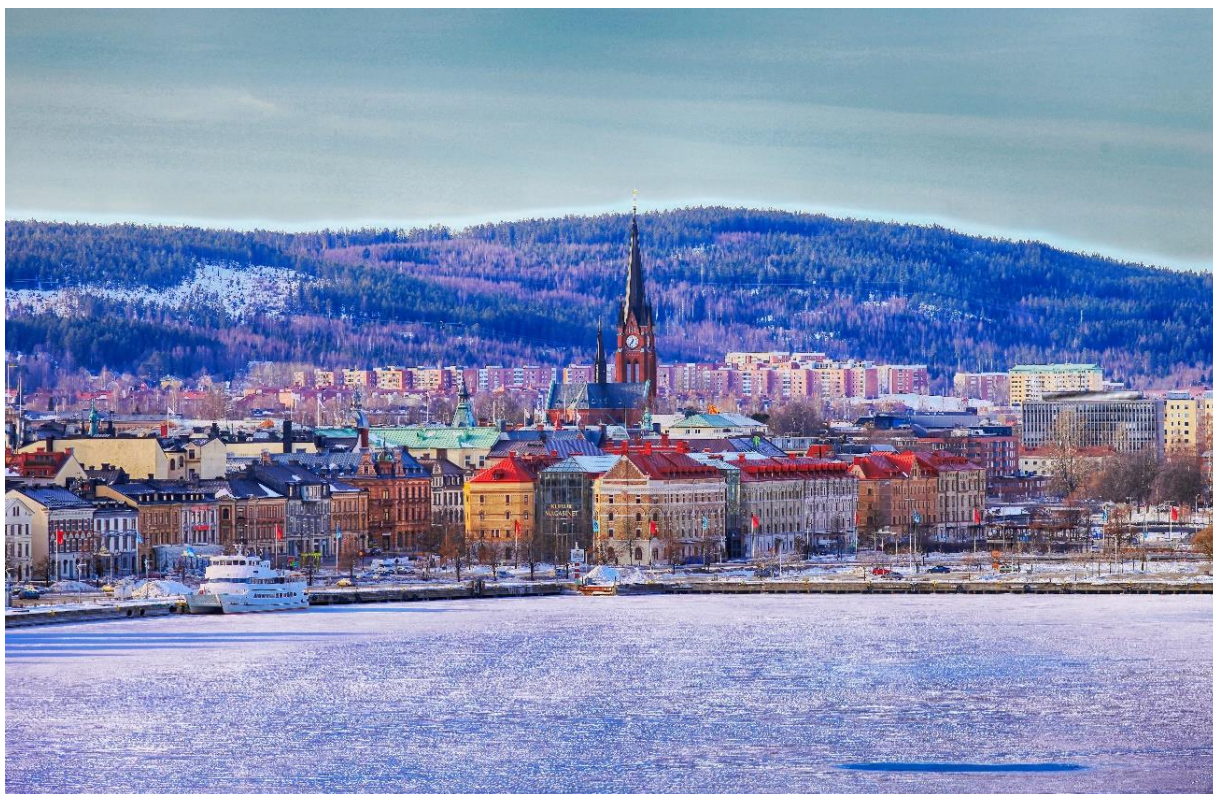


# Patientsäkerhetsberättelse

2020



Denna rapport är författad av verksamhetschef Hälso- och sjukvård Vård- och omsorgsförvaltningen i samråd med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering, dokumentationsutvecklare- och professionsstöd för legitimerad personal.

---

---

## Förord

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

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

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

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

Säkerhet är alltså något som vi skapar tillsammans i vardagen!

Mikael Westin  
Ordförande  
Vård- och omsorgsnämnden

Annika Eriksson  
Verksamhetschef  
Hälso- och Sjukvård  
Vård- och omsorgsförvaltningen

---

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
Ny organisation 2020 .....	5
Coronapandemin .....	5
Det kan bli bättre .....	5
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	<b>7</b>
Mål .....	7
Hälso- och sjukvård i hemmet ökar .....	7
Strategier .....	7
<b>Organisation och ansvar</b> .....	<b>8</b>
Verksamhetschefens ansvar .....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	9
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	<b>9</b>
Samverkansorganisation.....	9
Vägen mot en nära vård/sömlös vård .....	10
Samverkan mellan kommuner.....	10
Avvikelsehantering mellan vårdgivarna.....	10
Läkarmedverkan.....	10
Patienters och närståendes delaktighet .....	10
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	<b>11</b>
<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	<b>11</b>
Klagomål via IVO .....	11
Patientnämnden Etiska nämnden (PEN) .....	11
<b>Egenkontroll</b> .....	<b>11</b>
<b>Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	<b>13</b>
Ledningssystem.....	13
<b>Samverkan vid utskrivning från sjukhus</b> .....	<b>13</b>
Vårdhygien.....	13
<b>Pandemi Covid-19</b> .....	<b>14</b>
Sammanfattande resultat avseende Covid-19.....	14
Händelserapporter och uppföljning .....	15
Coronateam för vård och provtagning.....	16
Smittutbrott .....	16
Skyddsutrustning.....	18
Samverkan.....	19
<b>Lärdomar</b> .....	<b>19</b>
Anhöriga och Närståendes betydelse och påverkan .....	19
Basala hygienrutiner.....	20
Kohortvård .....	20
Munskyddets vara eller inte vara .....	20
<b>Möten för samordning</b> .....	<b>21</b>
<b>Vad har vi lärt oss?</b> .....	<b>21</b>

---

<b>Utveckling av läkarmedverkan .....</b>	<b>23</b>
<b>Utveckling av den uppsökande munhälsovården.....</b>	<b>23</b>
<b>Risikanalys .....</b>	<b>23</b>
<b>Informationssäkerhet .....</b>	<b>24</b>
Treserva verksamhetssystem.....	24
Journalgranskning .....	24
Dokumentation och journalgranskning .....	24
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>25</b>
Utredning av händelser – vårdskador .....	25
<b>Egenkontroll.....</b>	<b>26</b>
Avvikelser .....	27
Kvalitetsregister .....	28
BPSD-registret (kvalitetsregister för utveckling av demensomvårdnad) .....	28
Senior alert – vårdprevention .....	30
Demensvänlig kommun- Demensvårdsutveckling.....	31
Dokumentation och journalgranskning .....	31
Samverkan.....	32
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>32</b>
Utskrivning från sjukhus – kvalitetssäkring av vårdens övergångar .....	32
Utbildning kring blåsdysfunktion (inkontinens) .....	32
Demensvårdsutveckling – en demensvänlig kommun .....	33
Kvalitetsregister .....	34
<b>Kompetens.....</b>	<b>34</b>

---

# SAMMANFATTNING

## Ny organisation 2020

1 januari 2020 upphörde Socialnämnden och delades i de två nämnderna Vård- och omsorgsnämnden samt Individ – och arbetsmarknadsnämnden.

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för äldreomsorg och hemsjukvård. Individ- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för Socialpsykiatrin avseende hälso- och sjukvårdsansvar.

## Coronapandemin

Pandemin har genomstrukturerat hela verksamheten året 2020. Därmed är också denna Patientsäkerhetsberättelse präglad av den. Ett avsnitt avser Covid-19. Ett flertal andra resultat och analyser har inte prioriterats år 2020. Det betyder ingalunda att frågorna inte är angelägna men det har funnits begränsade resurser för utredning, analys och resultatuppföljning.

## Det kan bli bättre

Vi har mycket i vårt arbete att vara stolta över men vi behöver bli bättre på att identifiera, analysera och återkoppla resultaten i verksamheterna. Avvikelsehantering, händelseanalyser, Senior Alert<sup>1</sup>, Funca<sup>2</sup>, BPSD<sup>3</sup> och Palliativa registret<sup>4</sup> är verktyg till stöd för systematiskt patientsäkerhetsarbete i våra verksamheter. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fortsatt prioriteras år 2021 i samverkan mellan medarbetare och chefer.

## Resultat som uppnåtts under 2020

- Etiska vårdplaner/Förplanerad vård har utvecklats
- Rutin för händelseanalyser utvecklats och börjat tillämpas
- LSS gruppboende utvärderat jämfört med särskilt boende upp till sjuksköterskenivå, för en god och säker vård har initierats. Under 2020 har vi fortsatt arbetet med systematiskt patientsäkerhetsarbete vid ca hälften av det femtiotal gruppboendestäder kommunen har inom Stöd och Omsorg
- Arbetet och analyser av undvikbar slutenvård har utvecklats

---

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

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

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

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

---

### Viktigt att prioritera vidare under år 2021

- Nära vård-reformen med samarbete mellan länets sju kommuner och Region Västernorrland utvecklas tillsammans inom ramen för Programstyrning där en Programplan växer fram.
- Vårdhygien behöver prioriteras utifrån den kunskap pandemin gett oss.
- Förhandsplanerad vård behöver implementeras i verksamheterna
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete av god kvalitet ska utvecklas inom vårdprevention, vård i livets slut och demensvård.
- Patientsäkerhetsarbetet inom Stöd och omsorgs gruppboheter behöver kvalitetssäkras
- Handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen (Socialstyrelsen).
- Händelseanalyser i samband med risk för vårdskada, vårdskada eller lidande för individen i våra verksamheter ska utvecklas vidare. Händelseanalyser ska genomföras tvärprofessionellt och systematiskt för ett organisatoriskt lärande.
- Samverkan med primärvård och slutenvård/specialistvård ska utvecklas vidare med målet att skapa sömlösa övergångar mellan olika vårdgivare. Flödet i korttidsvården är av betydelse för att minska undvikbar slutenvård.
- Kompetensväxling för kvalitetssäkring av omvårdnadskompetens och vårdhygien skapar bra förutsättningar för en god och säker vård och därmed en ökad patientsäkerhet. Arbetet är initierat och behöver utvecklas vidare i hela verksamheten.

---

## Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

## Övergripande mål och strategier

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

### Mål

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

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

Hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs inom hemsjukvård, särskilda boenden, korttidsboende och dagverksamheter. Hälso- och sjukvårdsinsatserna bedrivs i kompetensområdena upp till legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast distriktsköterska och sjuksköterska. Region Västernorrland ansvarar för läkarinsatser i kommunens hälso- och sjukvård.

### Hälso- och sjukvård i hemmet ökar

Alltfler svårt sjuka skrivs ut från slutenvården med fortsatt behov av vård som kräver hög medicinsk kompetens. Antalet hemsjukvårdspatienter har ökat från ca 2000 individer (år 2014/2015) till omkr. 3000 individer (år 2019). I särskilda boenden har vi ytterligare ca 1 500 individer som också ska tillgodoses en god och säker vård.

### Strategier

Det tvärprofessionella arbetet med tillitsbaserad styrning och ledning är vägläggande. Ett medarbetardrivet utvecklingsarbete där patientens/brukarens behov identifieras och värdeskapande insatser planeras i samverkan mellan samtliga professioner. Det tvärprofessionella arbetet stärker patientsäkerheten med daglig kommunikation, kännedom om individer, gemensam planering av insatser och med ett närvarande och engagerat ledarskap.

### Avvikelsehantering

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



---

## Klagomål och synpunkter

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

## Kvalitetsregister

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

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

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

## Organisation och ansvar

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

Vård- och omsorgsförvaltningen är vårdgivare för hälso- och sjukvården med ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård tillgodoses.

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

År 2020 bildas Vård- och omsorgsnämnden (VON) och Individ- och arbetsmarknadsnämnden (IAN) med tillhörande förvaltningar. Båda nämnderna är vårdgivare.

## Verksamhetschefens ansvar

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



---

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

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

Under 2020 har Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) rekryterats.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Samverkansorganisation

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

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

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

---

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

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

- 
- Samverkan mellan verksamhetschef för kommunens hälso- och sjukvård samt primärvårdens företrädare i Sundsvall (nio verksamhetschefer Primärvård).

### **Vägen mot en nära vård/sömlös vård**

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

### **Samverkan mellan kommuner**

Sundsvalls kommuns MAS och MAR samt Verksamhetschef för hälso- och sjukvård deltar i länssamverkan regelbundet med övriga kommuners motsvarighet.

### **Avvikelsehantering mellan vårdgivarna**

För att identifiera brister finns rutiner mellan kommun och region Västernorrland där huvudmännen hjälps åt att uppmärksamma brister hos vårdgrannen. Rutinen heter ”Avvikelser i Vårdkedjan” finns via en digital hanteringsmodul och rutin där medarbetare dokumenterar brister som sedan skickas till den enhet i regionen som är berörd – så den kan svara och besluta om förebyggande åtgärder så verksamheten kan utvecklas.

### **Läkarmedverkan**

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

### **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

#### **Anhörigcenter**

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

---

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

## Klagomål och synpunkter

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

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

## Klagomål via IVO

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

## Patientnämnden Etiska nämnden (PEN)

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

Samtliga inkomna ärenden utreds och analyseras.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll används på både lokal nivå av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten och på aggregerad nivå. Vissa punkter kräver en stor arbetsinsats av både personal och chefer, som räkning av samtliga läkemedel en viss vecka. Bäst är om vardaglig dokumentation kan ligga till grund för resultat och statistik som kan beskriva verksamhetens kvalitet.

---

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

**Tabell 1. Egenkontrollpunkter inom hälso- och sjukvården (ansvar eCh)**

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

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

---

# Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

## Ledningssystem

Ledningssystemet för Hälso- och sjukvård i Vård- och omsorgsförvaltningen är ett ramdokument med länkar som beskriver roller, ansvar, organisation och regelverk. Ledningssystemet är publicerat på hälso- och sjukvårdens Personalwebb [www.sundsvall.se/hos-personalwebb](http://www.sundsvall.se/hos-personalwebb) lätt åtkomlig för alla medarbetare.

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

## Samverkan vid utskrivning från sjukhus

En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår i samband med att exempelvis sköra äldre byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus. Det pratas om risker i vårdens övergångar. I Sundsvall har vi fortsatt uppdraget att säkerställa att ingen patient blir kvar på sjukhus då vården där är avslutad. För att nå resultat krävs följande:

- att ingen person ska behöva vara kvar på sjukhus då personen är utskrivningsklar
- Fortsatt satsning på undvikbar slutenvård med stöd av förhandsplanerad vård
- Att fortsatt arbeta proaktivt och påbörja planering för mottagande i hemmet samma dag en individ åker till sjukhus
- att successivt öka antalet digitala rapporter istället för rapport via papper när en individ skickas till sjukhus och kommunens medarbetare är inblandade

## Vårdhygien

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är behovet av aktivt arbete med vårdhygieniska frågor nödvändiga att prioritera. Arbetet tydliggörs genom:

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

Sundsvalls kommun har samarbete med Region Västernorrlands enhet för Vårdhygien. Till grund för samverkan ligger ett samverkansavtal där kommunen köper specialistkompetens inom vårdhygien från Region Västernorrland. Verksamheten avropar löpande dessa tjänster.

---

## Pandemi Covid-19

Den 22 februari 2020 upprättades en arbetsgrupp inom Vård- och omsorgsförvaltningen i syfte att följa upp utvecklingen av pandemin som då visat sig spridas också till Sverige. En arbetsgrupp med verksamhetschef Hälso- och sjukvård VoF, MAS, enhetschef kväll/nattsköterskor, samordnare för skyddsutrustning och kommunikatör upprättade dagliga avstämningar (30 min) av aktuellt läge. Områdeschefer/vCh Stöd och omsorg, tf. direktör, chef EKU och verksamhetschef Hälso- och sjukvård för Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen deltog initialt vid flertalet av avstämningarna. Uppföljning skedde löpande dagligen 30-45 minuter.

Samordning för kommunens hantering av skyddsutrustning blev prioriterat, samt att erbjuda chefer och leg personal stöd och handledning. En samordnare för skyddsutrustning fick uppdraget i mitten på mars 2020. Ett ”Samlingsdokument” upprättades för att snabbt kunna kommunicera rutiner löpande. Samlingsdokumentet har reviderats löpande- ofta minst en gång per dag.

Andra veckan i mars 2020 fanns upprättade checklistor för chefer, riskbedömningar och handlingsplan för åtgärder och mötesstrukturer som följdes upp regelbundet i förvaltningsledningen.

I det följande redovisas resultat, analys och där det varit möjligt också slutsatser.

### Sammanfattande resultat avseende Covid-19

Uppgifterna nedan kan beräknas vara en underrapportering då det bygger på rapporterade misstänkta fall som provtagits och konstaterats sjuka i Covid-19. Det finns anledning att inte dra slutsatsen att uppföljningen fångat upp samtliga som insjuknat. Provtagning för personal var fungerande från maj månad. 369 brukare/patienter har insjuknat i Covid -19. Det utgör närmare 10 procent då vi har omkr. 3800 individer i verksamheterna.

238 personer bor på särskilt boende för äldre eller Korttidsvård, 111 av individerna som insjuknat har hemtjänst och/eller hemsjukvård. 68 personer av dessa har avlidit under sin sjukdomsperiod. De har avlidit med konstaterad Covid-19, dock inte fastlagt att de avlidit på grund av Covid-19 (ca 18 procent). Av de som avlidit vårdades 31 personer på sjukhus.

<b>Covid-19</b>	<b>April</b>	<b>Maj</b>	<b>Juni</b>	<b>Juli</b>	<b>Aug</b>	<b>Sep</b>	<b>Okt</b>	<b>Nov</b>	<b>Dec</b>
<b>Brukare</b>	12	43	68	19	1	0	6	110	108
<b>Personal</b>	0	43	53	60	10	1	14	208	216

---

Stöd och omsorg och Socialpsykiatri var förskonade under år 2020. Totalt 15 individer insjuknade varav SoO Gruppbofastad rapporterat 14 brukare som insjuknade i Covid-19.

Provtagning genomförd av Covidteamet (avser provtagning på brukare)

Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	dec
300	481	262	275	330	1094	988

## Händelserapporter och uppföljning

Uppgifterna är hämtade från "Händelselogg" (excelfil) som upprättades den 22 februari 2020. Syftet var att se hur läget i verksamheterna utvecklades, följa upp effekterna och kunna handleda/vägleda chefer i händelse av smitta på enheten.

Så snart en personal eller patient/brukare uppvisat symtom har enhetschef/sjuksköterska skrivit en händelserapport och skickat in till den arbetsgrupp som hanterat "Händelseloggen". I samband med rapporteringen har också anpassad Coronalåda med skyddsutrustning transporterats till berörd enhet inom två timmar för Kohortvård. I varje låda fanns skyddsutrustning för kohortvård i fjorton dagar<sup>9</sup>.

Totalt har 4 692 rapporterade misstänkta fall av Covid-19 rapporterats.

	<b>Brukare/Patient</b>	<b>Personal</b>	Kommentar:
<b>Misstanke/Symtom</b>	1 866	2 826	Provtagning dröjde till maj månad
<b>Konstaterad Covid-19</b>	432	725	
<b>Andel Covid-19</b>	23 %	25 %	

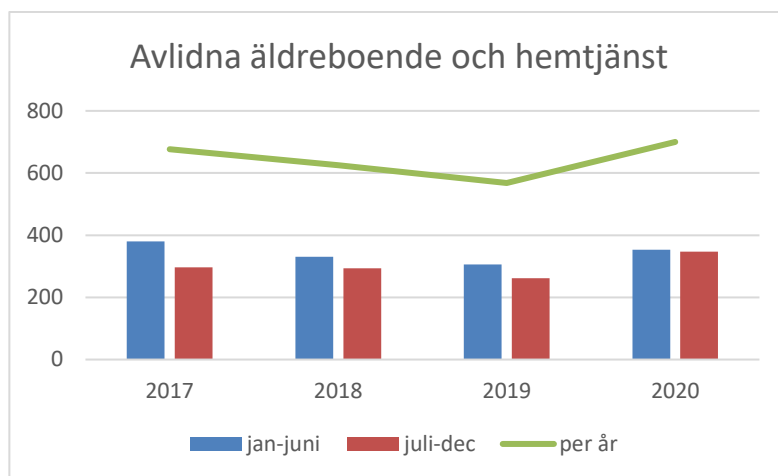
---

<sup>9</sup> Kohortvård: Särskilt avsedd personal för vård av individ. Personal som kohortvårdar deltar inte i annan vård, vistas inte i allmänna utrymmen, och använder skyddsutrustning.



---

## Avlidna personer under pandemin jämfört med tidigare år



För att kunna se om fler avlidit under pandemin år 2020 har jämförelser skett på halvårsbasis för åren 2017 till 2020 (tabell ovan). En analys beräknad på snitt för åren 2017, 2018 och 2019 att jämföra med år 2020 visar då att under perioden januari-juni 2020 var det 14 fler som avled. För andra halvåret juli-december avled 62 fler. På helår är det 76 fler som avlidit under år 2020 än jämförelsevis 2017-2019. Första halvåret 2017 har högst antal avlidna jämfört med senare år. Flest avlidna personer är i hemtjänsten (+16).

### Coronateam för vård och provtagning

Ett Coronateam etablerades under maj månad. Syftet var att utbilda spetskompetens för vård av Covidsjuka brukare i äldreomsorgen. 15 medarbetare åtog sig uppdraget på heltid. Under våren; mars-juli arbetade de såväl med provtagning som av vård för personer med Covid-19. Teamet har provtagit samtliga brukare/patienter med misstanke om smitta, som uppvisar symtom.

Från augusti var det fem medarbetare i Covidteamet. Det av skälet att vård av sjuka minskat och det huvudsakliga uppdraget har varit att provta vid symtom i syfte att upptäcka eventuell smitta. Under hösten har de också provtagit samtliga brukare i samband med screening. Screening innebär att samtliga brukare på en enhet provtagits i anslutning till att en smittad identifierats. Screening är en åtgärd för smittspårning.

### Smittutbrott

Våren 2020 pågick smittutbrott under ca tio veckor i olika verksamheter. Nedan finns en översiktlig beskrivning.

Njurunda Hemtjänst: Första större utbrott av smitta var det i Njurunda hemtjänst. Första veckan i april insjuknade första brukaren. Totalt hade Njurunda hemtjänst 31 brukare sjuka i Covid-19. Under hösten har Granlo hemtjänst haft ett smittutbrott då 15 brukare insjuknade. Det är det hemtjänstområde som varit mest drabbat efter Njurunda. (Syd 62, Nord 22, Väst 29)

Utbrottet i Njurunda pågick mellan april månad till juni 2020. Samma period var det 11 personal i hemtjänstområdet som insjuknade. Denna siffra ska dock

---

tas med en stor nypa salt, då personal inte kunde lämna prov förrän mitten av maj.

Ljustagårdens äldreboende: Äldreboendet med första smittutbrottet med snabb smittspridning på en av enheterna. Inom endast dagar var samtliga utom en av de boende konstaterat sjuka i Covid-19. Totalt 14 var sjuka samtidigt.

Kristinelund äldreboende: Äldreboendet hade smittutbrott på fyra av fem våningar.

Skottsundsbackens äldreboende: En boendeenhet drabbades av smittutbrott. Ingen spridning till övriga sju enheter.

Granlunda äldreboende: En enhet där sex personer med demenssjukdom drabbades av smittutbrott under försommaren.

Lindgården äldreboende: Strax före midsommar konstaterade en enhet med 16 brukare att i princip samtliga insjuknat i Covid-19.

Höstens smittutbrott 2020, startade i oktober och har pågått under ca 12 veckor.

I anslutning till att besök blev möjliga i oktober uppstod också den första smittutbrotten. Med stöd av den uppföljning som skett är bedömningen att de två första konstaterade smittutbrotten går att härleda till besök.

Norra Kajen: I november fick Norra Kajen ett explosivt smittutbrott. 44 boende insjuknade i Covid-19 inom två veckor. En våning av fyra lyckades isolera från smitta.

Alnö Servicehus: 19 individer insjuknade under november månad.

Granlunda drabbades åter av smittutbrott. Två enheter med 14 boende som insjuknade.

Lindgården Kastanjen: 11 av 16 boende på enheten insjuknade inom tio dagar.

Lindgården Korttidsvård Demenssjuka drabbades i december månad då 14 av 24 insjuknade.

Gemensamt för äldreboenden som drabbats av snabb och omfattande smittspridning är att de är kommunens största boenden, förutom Ljustagården. Solgården, som är det större äldreboende som inte nämnts, kan konstatera att de är ett av fyra boenden som inte haft någon smittad (Havssundet, Rutsgården, Solgården, Björken/Aspen på Lindgården).

Gemensamt för drabbade enheter är också att det företrädesvis varit enheter för vård av personer med demenssjukdom. I den verksamheten har det många gånger varit i princip omöjligt att bedriva kohortvård då individen varit rörlig och i sällskap med övriga boende i gemensamhetsutrymmen. I så hög utsträckning som möjligt har individen vårdats i den egna lägenheten. Utmärkande har också varit att många varit pigga och aktiva. Det tycks också vara så att personer med demenssjukdom klarat sjukdomen bättre. Det är ett konstaterande i den uppföljning som skett i dialog med enheterna. Någon enstaka enhet drabbades dock av ett flertal svårt sjuka men majoriteten har mått förhållandevis väl.

Smittutbrott där flertalet på en enhet blir sjuka i snabbt förlopp initialt har varit ansträngande för såväl ledning som personal. Smittan pågick på enheter under omkring en månads tid innan det varit möjligt att friskförklara samtliga.

---

### **Basala hygienrutiner**

Socialstyrelsens filmer om basala hygienrutiner och hur skyddsutrustning användes på flertalet arbetsplatser dagligen under april till maj månad och framåt. Introduktionsutbildning erbjöds fr.o.m. juni månad.

De som arbetat fokuserat med handledning och stöd i krisen ser betydelsen av att förvaltningen fortsatt har en introduktionsutbildning för nyanställda, elever och studenter. I äldreomsorgen har nyanställd tidigare haft en introduktion på ca två dagar tillsammans med kollega i dagliga arbetsuppgifter. Introduktionsutbildningen fanns inte att tillgå när pandemin bröt ut i Sundsvall.

Uppfattningen inom förvaltningen var att kunskapen om basala hygienrutiner är god. I spåren av pandemin förefaller det ha varit bristfälligt. Den interna arbetsgruppens bedömning är att smitta företrädesvis tycks ha skett då personal förflyttat sig mellan olika enheter under ett arbetspass.

Låg kunskap om hur Corona smittar samt syftet med basala hygienrutiner i kombination med utebliven introduktion har förmodligen också bidragit till en ökad smittspridning.

Under helger saknas ledning av det dagliga arbetet och det tycks som att följsamheten till allmänna råd har brustit i några fall. Att gå på arbetet med symptom har skett. Under helger och nätter är varken sjuksköterska eller chef på plats för att leda arbetet med smittspårning, kohortvård, följsamhet till basala hygienrutiner och frisknärvaro som några exempel.

### **Skyddsutrustning**

Brist på godkänt skyddsmaterial i landet och internationellt innebar att Sundsvalls kommun omgående beslutade att upprätta ett centralt lager. Syftet var att ha kontroll på tillgång och förbrukning. Lösningen har medfört att förbrukning motsvarat behovet och uppföljning av effekterna kunna följas. En inventering initialt gav snabbt vid handen att det saknades material för följsamhet till basala hygienrutiner i verksamheterna. Med centralt lager blev det möjligt att prioritera verksamheter där misstanke om smitta uppstod.

Upphandlingsenheten har därefter ansvarat för inköp och avtal. Samordnare för skyddsutrustning och två medarbetare vid upphandlingsenheten har samarbetat. Resultatet är att Sundsvalls kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen nu har ett lager för att hantera en liknande krissituation i tre månader i enlighet med Länsstyrelsens rekommendation.

I centrala lagret har särskilda Covidlådor packats med skyddsutrustning för att klara kohortvård initialt i fem dygn, som sedan utökats till fjorton dygn. Lådorna har levererats inom två timmar från att verksamheten identifierat en person med symptom.

Vid en sammanräkning av antalet misstänkt smittade individer och förbrukning av skyddsmaterial kan vi konstatera att rutinen fungerat väl.

---

Vi har haft 432 brukare med konstaterad covid-19. Kalkylen bygger att det förbrukas 12 st. set skyddsutrustning (munskydd och skyddsrock) per dygn i 14 dagar. Förbrukning torde då vara omkring 68700 st. set.

Vi har dessutom provtagit 1434 med negativt resultat (inte Covid-19). Kalkylen utgår då ifrån att de vårdats från symtomdebut till provsvar motsvarande ca fyra dygn.  $12 \text{ set} * 4 * 1434 = 72\,800$  set skyddsutrustning.

Beräkningen leder till en förväntad förbrukning motsvarande ca 141 500 st. set av skyddsutrustning och resultatet t o m v.3 år 2021 är ca 132 000 st. set skyddsutrustning. Detta förklaras av att många endast kohortvårdats två-tre dygn.

#### **Vad har vi lärt oss i arbetet med skyddsutrustning?**

På marknaden visade det sig finnas ett antal mindre seriösa leverantörer. Såväl upphandlare som företag i samarbete har tagit emot kvalitetsbrister i produkter, fakturor som inte överensstämmer med beställningar etc. Kvalitetssäkring av processen har medfört att vi fångat upp dessa brister och kunnat hantera dem. Huruvida det finns felaktigheter i ekonomihanteringen eller processen mellan beställning och leverans är inte analyserad ännu. Förvaltningen upprättade en kvalitetssäkrad process innan slutattest för betalning skett. Beställare, mottagare, samordnare och ekonomer har säkrat hanteringen.

Kunskapen om förbrukning av skyddskläder visade sig vara bristfällig i verksamhetsledningen innebärande att vi i mitten av april riskerade att stå utan skyddsförkläden. Vi förbrukar 10 000/dygn i normalfallet, att jämföra med den prognos som var lämnad till inköp på ca 1000 st./dygn.

### **Samverkan**

Regelbunden samverkan och samråd har skett med:

- Länsstyrelsen, representanter för alla kommuner i länet för samordning avseende materialtillgången och information om leverantörer och nya rutiner mm.
- Smittskyddsläkare (RVN), Vårdhygiensjuksköterskor (RVN), MAS, Samordnare Covid-19 (tillika Samordnare Skyddsutrustning)
- Intern Samordningsfunktion (kommunledning)
- Socialchefs nätverket och Region Västernorrland
- Verksamhetschef Hälso- och sjukvård/verksamhetschefer Primärvård
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i länet

Samverkan har medfört snabba beslut, lösningsfokuserat hanterande av utmaningar, ökad förståelse för varandras uppdrag, möjligheter och begränsningar och utveckling av gemensamma rutiner och riktlinjer.

### **Lärdomar**

Sammanfattningsvis har året 2020 identifierat ett antal faktorer med påverkan på en god och säker vård och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

#### **Anhöriga och Närståendes betydelse och påverkan**

När besöken på äldreboenden begränsades prövades såväl berörda individer som verksamheterna. Samtidigt som smittutbrott skedde planerades för säkra

---

besök utomhus. Personalsituationen då sommarsemestrar och smittutbrott var under samma period var situationen under vissa veckor näst intill ohanterlig. Det saknades vikarier att tillgå. Ordinarie personal fick semester indragen och ett stort antal arbetade mycket övertid för att klara situationen. Där det saknades möjliga lösningar blev utvägen att upphandla undersköterskor via bemanningsföretag. Det har tidigare inte skett inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Att skapa förutsättningar för säkra utomhusbesök var inte möjligt då boendet samtidigt hade smittutbrott, innebärande att såväl brukare som närstående var besvikna. Tryggheten hos boende och deras närstående är avgörande när det inte är möjligt att besöka eller träffas. Verksamheterna har hanterat det på olika sätt. Bäst tycks det ha varit fungerande där säkra utomhusbesök kunna erbjudas, möjligheter till digitala möten med varandra och där närstående fått löpande information om läget och vad som händer på boendet. En god kommunikation med närstående och mellan brukaren och närstående skapar trygghet.

## **Basala hygienrutiner**

Kunskapen om varför basala hygienrutiner är av vikt behöver stärkas inom förvaltningens verksamheter. Egenkontroll och självskattning ska genomföras. Under pandemin har vi påtalat detta uppreparande, dock saknas resultat att redovisa. Det finns skäl att överväga ett internt kompetensstöd avseende vårdhygieniska frågor.

Under pandemin har behovet av utbildning och repetition på området varit påtagligt. Det finns brister som behöver hanteras systematiskt för ökad patientsäkerhet.

## **Kohortvård**

Det visade sig snabbt att arbetet med kohortvård inte var känt i verksamheterna. Det fanns brister i kunskapsnivån inom alla professioner.

Rutiner och information skapades och lades ut i samarbetsrum som alla medarbetare fick tillgång till. Det kommunicerades också vid dagliga möten på Skype. Avgörande har varit en ledning som skapar trygghet, är kunnig, tydlig och otvetydig i kommunikationen. Medias bevakning nationellt, dagliga nationella presskonferenser, Smittskyddsläkare i regionen och dagspress skapade inledningsvis oro, förvirring och rädsla hos många i verksamheterna.

Verksamheternas största utmaning har varit att hantera kohortvård samtidigt som personal haft stor frånvaro. Det var till stort stöd att förvaltningen fick tillgång till servicepersonal och stödchefer/chefsstöd.

Vi kan konstatera att de enheter som lyckas med kohortvård direkt vid misstänkt smitta har minskad förekomst av smittutbrott.

## **Munskyddets vara eller inte vara**

Vård- och omsorgsförvaltningen beslutade redan i maj månad att använda heltäckande visir vid alla omvårdnadssituationer där man inte kan hålla distans. Visir var personliga och ytdesinficerades efter varje enskild vårdkontakt. Vikarier och besökare fick låna visir. Tillgången på visir har varit god i verksamheterna.

---

Rutinen implementerades med information både skriftligt och med små instruktionsfilmer. Inledningsvis fanns ett visst motstånd men underhand kom denna rutin att vinna mark.

Att arbeta med visir är en påfrestning då personalen uppfattar att det hämmar syreflödet och kan göra det svårare att se i vissa situationer. Det har också visat sig att det finns brukare som uppfattar en person i visir märklig och påverkas negativt med t ex ett utåtagerande beteende.

Nu har vi en fungerande rutin med visir inom hela förvaltningen. Då vi uppmärksammat brister i följsamhet till basala hygienrutiner har munskydd inte varit att föredra som ett generellt tillägg till arbetskläder. Munskydd används dock i kohortvård. Felaktig användning av munskydd riskerar istället en ökad smittspridning. Vid ett flertal tillfällen har enheter provat munskydd generellt och konstaterat att användningen många gånger sker felaktigt. Då rutinen med visir är inarbetad var den samlade bedömningen att vi inte förordade munskydd.

I december beslutade Vårdhygien Västernorrland att munskydd kunde läggas till såsom ”source Control” i samband med smittutbrott. Det föranleddes av efterfrågan från bland annat några av kommunerna i länet. Ett försök med source Control genomfördes vid ett par boenden i Sundsvall. Vid dem testerna kunde vi inte se någon direkt koppling till minskad smittspridning.

## Möten för samordning

Möten har genomförts företrädesvis via Skype. Förvaltningens egen samarbetsgrupp för att leda verksamheterna träffades dock fysiskt fr.o.m. februari till oktober, för att därefter alltmer flytta samrådsmöten till Skype.

Tre till fem dagar i veckan har möjligheten till Skypemöte erbjudits med:

- Enhetschefer och skyddsombud
- Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och deras chefer
- Vårdhygien och Smittskydd

## Vad har vi lärt oss under pandemin?

Det saknas en krisledningsplan för hantering av pandemi. En krisledningsgrupp inrättades, som huvudsakligen hanterade uppgifter till länsstyrelsen och kommunledningen. Den interna samarbetsgruppen med verksamhetschef Hälso- och sjukvård, MAS och Samordnare för skyddsutrustning upplevde att det saknades verksamhetsstöd i det operativa krisledningsarbetet. Det var sårbart att vara så få personer som hade uppdraget att leda det systematiska patientsäkerhetsarbetet i en kris.

Covidteamet som haft till uppgift att provta brukare, men också delta i vård av covidsjuka vid ett antal olika verksamheter har beskrivit en varierad kvalitet i verksamheterna avseende kompetens inom området vårdhygien.

- 
- Med de volymer Kommunen har inom hälso- och sjukvård ser vi behovet av en Hälso- och sjukvårdsstab i ledningsuppdraget såsom vi nu är organiserade.
  - Vård- och omsorgsförvaltningen bör överväga att anställa en vårdhygiensköterska.
  - Kunskapen om smittspridning och hur vi skyddar våra brukare och varandra från smitta bedöms som förhållandevis låg.
  - Behovet av medicinsk kompetens på plats inom äldreboenden behöver stärkas.
  - Vikarier som rekryteras saknar kunskap om basala hygienrutiner
  - Handskanvändning sker felaktigt
  - Behovet av generell kompetensutveckling/kompetenssäkring inom vård- och omsorg behöver kvalitetssäkras
  - Introduktionsprogram behöver kvalitetssäkras
  - Personal som ansvarar för Städ behöver kunskap/utbildning
  - Utbildning till enhetschefer avseende ansvaret för en god och säker vård i den egna verksamheten av vikt.
  - Svårigheterna att navigera så vi inte blir känslostyrda. Inledningsvis i Pandemin krävdes engagemang och närvarande ledning där evidensbaserad kunskap och erfarenhet är avgörande för att inte bli känslostyrd eller händelsestörd i beslut.

### Medarbetare

Personalsituationen i samband med smittutbrott har varit ansträngande, då också personal insjuknat. Användandet av skyddsutrustning var en ny företeelse för många av medarbetarna. Förutom att arbeta i en hårt drabbad verksamhet, omtanken om de äldre i kombination med en arbetsmiljö där skyddsutrustning användes hela arbetsdagar/arbetspass medförde en påtaglig stressituation för medarbetare. Kunskapen om hur Corona smittade var ännu förhållandevis okänd. I syfte att skapa trygghet konstaterade vi hur angeläget kunskapsutvecklingen var – samt att kunna erbjuda medarbetare och chefer möjligheter till utbildning. Introduktionsutbildning, utbildning i basala hygienrutiner och hur Corona smittar visade sig angeläget att snabbt kunna erbjuda alla. Kohortvård var nytt för många verksamheter. Vid bristfällig kunskap om hur kohortvård ska bedrivas ökar risken för smittutbrott på en enhet eller i ett helt äldreboende.



---

## Utveckling av läkarmedverkan

Etiska vårdplaner- som numera är ”förhandsplanerad vård” kring vårdtagare i kommunens verksamhet ska fortsätta att utvecklas och tillämpas. I detta är läkarmedverkan av stor vikt och ett nära samtal med den enskilde och närstående för att kunna skapa en god vård i livets slut där den enskildes önskemål får ett större utrymme. Riktlinjer för samarbetet med förhandsplanerad vård blev klara vid årsskiftet 2020/2021.

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

## Utveckling av den uppsökande munhälsovården

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

Dålig munstatus, illasittande proteser och där den enskildes egna tänder, som blir vanligare, kan orsaka svårigheter att äta och tillgodogöra sig maten - vilket kan leda till undernäring. Många läkemedel orsakar muntorrhet med risk för infektioner och skörhet i munhålans slemhinnor. Därför är daglig munvård viktig med rengöring av proteser och slemhinnor minst två gånger om dagen.

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

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

## Riskanalys

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

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

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

---

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

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

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

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

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

## **Treserva verksamhetssystem**

Upphandlingen av nytt verksamhetssystem startade 2015 och har pågått under tiden fram till sommaren 2018 då avtal skrevs med leverantören CGI. Under upphandlingstiden har ett hundratal användare och nyckelpersoner från verksamheten medverkat på olika sätt.

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

Driftstart av nya verksamhetssystemet beräknades till hösten 2020. Driftstart har därefter flyttats fram då leverantören inte blivit klara för slutleverans. Vid utgången av år 2020 var det fortsatt osäkert när Driftstart blir möjlig.

## **Journalgranskning**

I och med detta nya sätt att dokumentera åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård ökar även kommunens egna möjligheter att göra markörbaserad journalgranskning på ett mer effektivt sätt.

## **Dokumentation och journalgranskning**

I nya verksamhetssystemet Treserva kommer dokumentationen att vara process styrd med koppling till klassificerade åtgärds-koder (KVÅ) som är ett lagstadgat krav från Socialstyrelsen att Sveriges kommuner ska leverera månatligt. I och med detta nya sätt att dokumentera åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård ökar även kommunens egna möjligheter att göra markörbaserad journalgranskning på ett mer effektivt sätt.

---

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Utredning av händelser – vårdskador

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

Rutin som är upprättad av verksamhetschefen för hälso- och sjukvård har följts med händelseanalys och åtgärdsplaner har upprättats med återföring och lärande till personal.

### Händelser inom Stöd och omsorg

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

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

Förbättringsområden som har identifierats och är:

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

Hälso- och sjukvård ska ges till den som bäst behöver den och vara jämlik. I Sundsvalls kommun har vi uppmärksammat att vården inte ges jämlikt. Individer inom LSS gruppbostad har eftersatt Hälso- och sjukvård i flera avseenden. Rutiner och riktlinjer saknas, följsamhet till Hälso-och sjukvårdslagen, Patient-säkerhetslagen och Patientdatalagen avseende journaldokumentation brister. Ansvar upp till sjuksköterskenivå och överenskommelse om läkarmedverkan brister.

Enhetschefer som ansvarar för en god och säker vård i den egna verksamheten har fått utbildning år 2020 avseende Hälso- och sjukvårdsansvaret.

Målet är att möta upp personerna i LSS-gruppbostad och deras hälso- och sjukvårdsbehov på ett tillfredsställande sätt.

### Socialpsykiatri och hälso- och sjukvård

Ansvar för de särskilda boendena inom socialpsykiatri gick över till Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen vid årsskiftet 2019-2020. Under år 2020 har brister i likhet med LSS gruppbostad uppmärksamats inom Socialpsykiatriens särskilda boenden. Ett gott samarbete mellan VoF och IAF är upprättad

under år 2020. Enhetschefer som ansvarar för en god och säker vård i den egna verksamheten har fått utbildning avseende Hälso- och sjukvårdsansvaret.

### Egenkontroll

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

## Egenkontroll

Avvikelser med vårdskador	Minskat antal händelser så allvarliga att det medför anmälan till IVO lex Maria	<b>Åtgärd:</b> Genomföra händelseanalyser och öka spridningen av resultatet.	<b>Resultat:</b> Följsamhet och kunskap om rutin för händelseanalys är fortsatt låg.	<b>Analys:</b> Målet är att händelser ska få genomslag i riktlinjer, rutiner som sprids successivt i verksamheten.
IVO-, Klagomåls- och PEN-ärenden och patientklagomål.  IVO=Inspektionen för vård och omsorg.  PEN=Patientnämnd, Etisk nämnd.	Antal minskar sedan år 2016.  Inga uppgifter för år 2020	<b>Åtgärd:</b> Genomföra händelseanalyser där risk för eller allvarlig vårdskada uppstått. Återkoppla till den som framfört klagomålet om vilka förebyggande åtgärder som beslutats.	<b>Resultat:</b> Ingen uppföljning/analys har skett år 2020	<b>Analys:</b>
Verksamhetsperspektivet	Ärenden per ssk - i snitt 50 med variation 30-70 patienter	<b>Åtgärd:</b> Följa antalet ärende per sjuksköterska. Stötta sjuksköterskor att börja använda SIP i hemmet i samverkan med Vård-/hälsocentraler. Vägleda sjuksköterskor kring avslut av ej aktuella hemsjukvårdsuppdrag.	<b>Resultat:</b> Omkring 3500 hemsjukvårdspatienter i snitt per månad som har insatser mer än 2 veckor. Till det kommer tillfälliga insatser från t ex SSIH, 1177 och Vård-/hälsocentral.  Under 2020 har uppgift om antal patienter per distriktsköterska efterfrågats. För få har besvarat frågan innebärande att ingen analys kan göras.	<b>Analys:</b> Antalet svårt sjuka ökar i särskilda boenden och i hemsjukvård. Det ställer högre krav på kompetens hos medarbetarna och samverkan med framför allt primärvården.
Brukarperspektivet  Senior Alert, BPSD, Palliativa registret, FUNCA WHODAS	Öka användningen av kvalitetsregister som ett systematiskt stöd och ta del av resultat.	<b>Åtgärd:</b> Stötta verksamheter att komma igång med arbetet. Redovisa resultat på enhetsnivå för att väcka större intresse.  FUNCA har testats i liten skala inom Stöd och omsorg.  WHODAS 2.0 – systematisk uppföljning av effekterna av rehabs insatser. Diskussion pågår om och hur detta verktyg ska användas.	<b>Resultat:</b> Andelen individer med riskbedömning i Senior Alert har minskat under åren 2018, 2019 och 2020. Strax under 1000 individer är riskbedömda att jämföra med 1050 år 2018.  Vi har en handfull särskilda boenden som i princip inte använt sig av Senior alert under åren 2019-2020. Att jämföra med 17 särskilda boenden som tycks använda det systematiskt.  Palliativregistret – av ca 700 avlidna har hälften registrerats avseende brytpunktsamtal, smärtskattning, ångestdämpande, trycksår,	<b>Analys:</b> Den lokala analysen av de egna resultaten i verksamheten måste bli bättre. Analysstödet Qlik Sense har potential att bidra i detta. Användandet av kvalitetsverktyg för bedömning, uppföljning och analys bör öka väsentligt. Under året med pandemi skulle dessa verktyg varit ett bra stöd för säkerställande av kvalitativ och jämlik vård för alla.

			smärtlindring, munhälsövård. BPSD – minskat antal utbildningar och registreringar. 283 bedömningar finns dokumenterade för år 2020.	
--	--	--	--	--

## Avvikelser

När det gäller avvikelser har antalet rapporterade avvikelse ökat tidigare år, vilket är positivt. År 2020 har det minskat. Det är inte rimligt att antalet avvikelser minskat under året, däremot kan det förklaras av att benägenheten att rapportera minskat under året. Det är fortsatt för låg grad av rapportering av händelser som avviker ifrån det förväntade, där individer riskerat vårdskada eller drabbats av vårdskada.

### Avvikelser rapporterade

Avvikelsehantering	2017	2018	2019	2020	
Läkemedel	1775	1999	2015	1712	↓
Fall	313	286	342	238	↓
Fall utan skada	941	859	831	827	↓
Trycksår	8	13	16	15	↓
Rehab (ny från 2016)	8	19	109	36	↓

### Trycksår

Antalet avvikelser för trycksår är med sannolikhet för lågt. Alla trycksår är vårdskador som är undvikbara och ska rapporteras samt att förebyggande åtgärder ska sättas in. Användningen av kvalitetssystemet Senior Alert bidrar till att synliggöra risker och minska förekomst av trycksår.

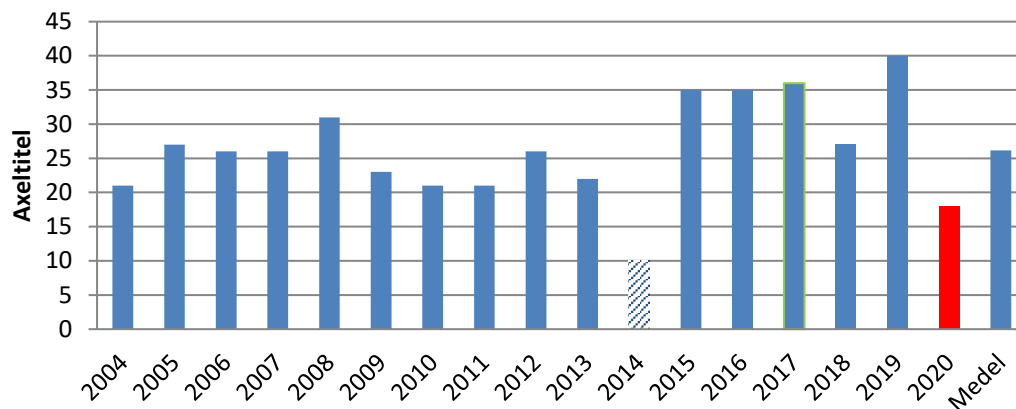
### Uppföljning av allvarliga frakturer

Under 2018-19 genomfördes ett uppföljningsarbete kring de allvarligaste fallskadorna med höftfrakturer. Alla fall med höftfraktur som registrerats som en avvikelse analyserades via journalgranskning av MAR och MAS. Resultatet visade att antalet höftfrakturer var 26 stycken under 2018. År 2019 var det 40 dokumenterade höftfrakturer. Journalgranskningen visade att en del avvikelser som i första skedet registrerats som höftfraktur avskrivits som annan fraktur eller mindre allvarlig skada. Siffrorna har därför justerats. För år 2020 har ingen analys av resultatet skett.

**Tabell 4. Höftfrakturer**

Höftfrakturer	2017	2018	2019	2020	
Höftfrakturer	36	27	40	18	↓

## Höftfrakturer Sundsvalls kommun 2004-2020 (n=445)



Not: 2014 låg registreringsgrad pga systembyte.

## Kvalitetsregister

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

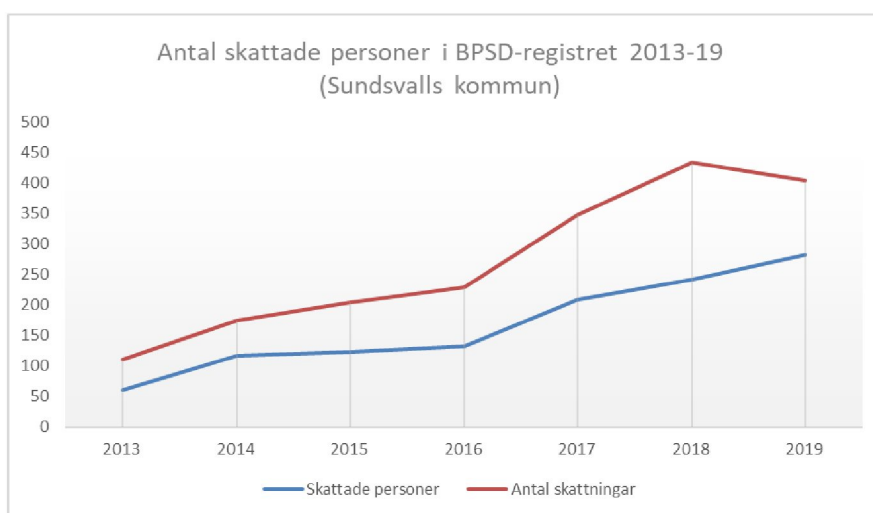
BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

Antal utbildade BPSD-administratörer var under året 19 personer vilket är färre än tidigare år. Möjlighet att boka datasal för utbildningar är en av orsakerna under våren, den pågående pandemin har även gjort att planerade utbildningar ställts in.

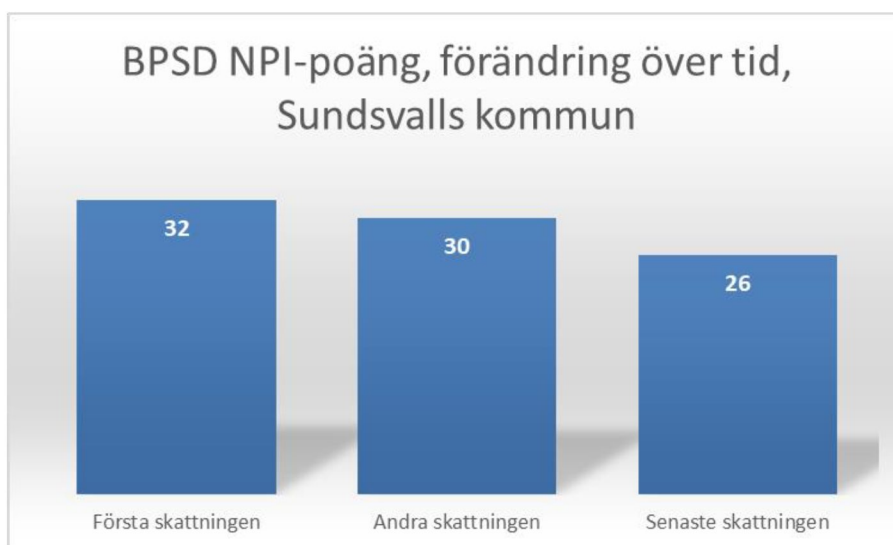
Under året har 283 bedömningar med stöd av registret skett ute på enheterna. Det positiva är att trots en pågående pandemi har flera enheter fortsatt att arbeta med bedömningar som också registreras.Handledning har skett via telefon och Skype. Det finns ett fortsatt behov av handledning kring bemötande och kommunikationsplanerna ute i verksamheterna. Under året har många chefer, sjuksköterskor och undersköterskor slutat sin anställning vilket gör att det är ett stort behov av nya utbildningar.

Ljustagården, Korttidsvården för personer med demenssjukdom, Thulegården och Skottsundsbacken avd. 8 är de enheter som gjort flest registreringar med uppföljningar.

	Summa	2020-01	2020-02	2020-03	2020-04	2020-05	2020-06	2020-07	2020-08	2020-09	2020-10	2020-11	2020-12
Summa	718	68	99	87	54	58	59	11	46	108	53	38	37
Härnösand	16	3	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	1
Kramfors	95	5	9	5	9	4	9	3	7	27	8	6	3
Sollefteå	25	4	9	1	0	3	4	0	1	0	1	2	0
Sundsvall	283	23	31	49	13	27	19	6	24	35	18	21	17
Timrå	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ange	23	2	3	1	0	1	2	1	1	4	7	0	1
Örnsköldsvik	275	31	43	26	28	23	25	1	13	42	19	9	15



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



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



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

### Senior alert – vårdprevention

Under året har arbetet i Senior alert fortsatt i kommunens särskilda boenden. Totalt har 986 riskbedömningar genomförts utifrån trycksår, undernäring, fall eller munhälsa. Det är ett förhållandevis bra resultat jämfört med 2019 då antalet var drygt 1000 bedömningar.

Målet är ökat arbete med riskbedömningar och förebyggande arbete. Målet avser också riskbedömningar inom hemtjänst där verktyget Senior Alert ännu inte används rutinmässigt. Förvaltningens mål är att 100 % av brukarna ska riskbedömas och förebyggande insatser planeras för att minska risk för vårdskada.

Utmärkande är att ca 20 % av särskilt boende för äldre inte använder sig av detta verktyg i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Återstår analyser av konsekvenser.

### Resultat Senior alert

		Vårdprevention				
Unika personer		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	
Sundsvalls kommun	2020	990	91% ↗ 1 229 av 1 351	94% ↗ 1 151 av 1 229	96% ↗ 1 182 av 1 229	76% ↘ 850 av 1 114
Sundsvalls kommun	2019	1060	91% ↗ 1 396 av 1 530	93% ↗ 1 305 av 1 396	96% ↗ 1 338 av 1 396	83% ↗ 1 181 av 1 419
Sundsvalls kommun	2018	1050	91% ↘ 1 479 av 1 618	93% ↗ 1 371 av 1 479	96% ↘ 1 426 av 1 479	81% ↘ 1 131 av 1 398
Sundsvalls kommun	2017	980	92% ↘ 1 401 av 1 525	85% ↗ 1 184 av 1 401	97% ↗ 1 357 av 1 401	82% ↗ 1 023 av 1 253
Sundsvalls kommun	2016	1064	93% ↘ 1 527 av 1 641	6% ↗ 91 av 1 527	86% ↗ 1 309 av 1 527	80% ↘ 1 186 av 1 480

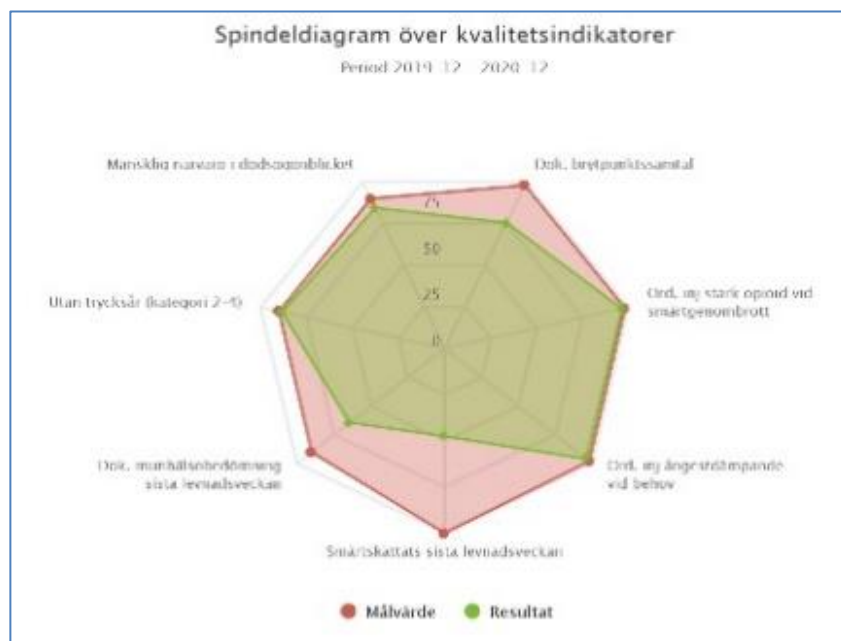
### Palliativregistret – vård i livets slut

Resultaten i Svenska Palliativregistret utvecklas i rätt riktning. Det är svårt att bedöma hur täckningsgraden har utvecklats, dvs. hur många av de som avlidit i exempelvis särskilda boenden har registrerats i registret. Omkring 480 individer är skattade. Ca.50 % smärtskattades senaste veckan i jmf med övriga indikatorer. När nya verksamhetssystemet Treserva är igång kommer det bli lättare att följa dessa resultat – framför allt täckningsgrad. Arbetet med etiska vårdplaner (Förhandsplanerad vård) under år 2020 tycks ge resultat.

### Resultat Svenska palliativregistret

Resultat Palliativregistret	2017	2018	2019	2020	
	Procent	Procent	Procent	Procent	
Ej trycksår vid dödsfallet	87	93	87	88	↗
Injektionsläkemedel mot ångest	91	94	94	97	↗
Injektionsläkemedel mot smärta	93	96	94	97	↗

Dokumenterad munhälsa	51	55	56	63,3	↑
Dokumenterat brytpunktssamtal	60	56	63	76,3	↑
Smärtskattning	41	46	34	46,8	↑



## Demensvänlig kommun- Demensvårdsutveckling

Samverkan med primärvård och specialistvård är etablerades under år 2019 och regelbundna samverkansmöten sker där gemensamma målbilder och aktiviteter utarbetas. Med stöd av Idéslussen år 2019 genomfördes ett arbete tvärprofessionellt där processer i demensvården kartlagts, möjligheter, svagheter, hot och styrkor synliggjorts. Det arbetet har medfört att vi nu har en förbättrad samverkan, proaktiv ansats och gemensam målbild. ”Färdplan 2030 för Demensvårdsutveckling” har utarbetats som en viljeinriktning för fortsatt arbete.

## Dokumentation och journalgranskning

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

Bristerna i dokumentation har ett samband med att ingen utbildning eller repetition av dokumentationskunskap, rutiner och riktlinjer samt praktisk användning av nuvarande verksamhetssystem Procapita+ HSL har utförts under 2020. Orsaken till detta har varit att dokumentationsansvariga under 2020 arbetat heltid med införandet av nya verksamhetssystemet Treserva som beräknas tas i drift under 2021. Ansvar för introduktion och utbildning i journalsystemet har under året legat på respektive enhetschef att hantera.

---

## Samverkan

Vägen mot en nära vård/sömlös vård.

Under året har förvaltningen haft medarbetare representerade i arbetet med förslag till Programplan för en God och nära vård. Resultatet är ett förslag till hur omställningen i samverkan mellan länets kommuner och Region Västernorrland skulle kunna organiseras med stöd av Programstyrning. Förvaltningsdirektör deltar i Styrgrupp för arbetet och vCh Hälso- och sjukvård i den arbetsgrupp som utarbetat förslagen under hösten 2020. Vidare har förvaltningen samverkan med primärvårdens verksamhetschefer för såväl regiondriven primärvård som primärvård i privat regi regelbundet. Samverkan för en sömlös vård där den enskilde inte uppfattar organisatoriska gränser som systemhinder sker också i samarbete mellan förvaltningen och specialistvården samt SSIH.

Demensvårdsutvecklingen är ett aktivt proaktivt arbete i samarbete med specialistvård och primärvård för att stärka individers möjligheter att bo kvar hemma.

Under året har förvaltningen deltagit i samråd med Mittuniversitet och enheten för Innovation och digitalisering samt Barn- och utbildningsförvaltningen i syfte att skapa programområden inom utbildningsväsendet till stöd för reformarbetet för en god och nära vård.

Utvecklingsarbetet av SIP på distans stannade av på grund av pandemin, men fortsätter 2021. Såväl läkare som sjuksköterskor har inte haft möjligheter att testa utrustningen och därmed inte utvärderat vad som är värdeskapande. Såväl läkare som sjuksköterskor förordar kommunikation via ronder, telefon och egna skypemöten. Syftet att skapa personcentrerad vård där den enskilde är medskapare har därmed gått förlorat detta år.

## Mål och strategier för kommande år

### Utskrivning från sjukhus – kvalitetssäkring av vårdens övergångar

Antalet SIPar i ordinärt boende efter utskrivning från sjukhus behöver fortsätta att öka under 2021. Även proaktiva SIPar för att ännu bättre kunna förebygga undvikbar slutenvård är viktiga att de ökar – där även en Etisk vårdplan (förhandsplanerad vård) bör ingå. Fler personer ska kunna få sina hälsoproblem tillgodosedda i det egna hemmet och på det särskilda boendet. Färre ska behöva åka till sjukhus om det inte är nödvändigt.

### Utbildning kring blåsdysfunktion (inkontinens)

I särskilda boenden för äldre beräknas att runt 80 procent av de äldre har problem med kontinensen. Alla med blås- och eller tarmdysfunktion ska erbjudas en basal utredning, få förebyggande åtgärder och individuellt utprovade hjälpmedel förskrivna av legitimerad personal.

---

Totalt har 26 sjuksköterskor genomfört högskoleutbildning motsvarande 7,5p när vårens utbildning 2020 var klar. Med sina nyvunna kunskaper blir de ett värdefullt tillskott för att utveckla vården av personer med blåsdysfunktion.

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

## **Demensvårdsutveckling – en demensvänlig kommun**

För kommunen är det viktigt att ha tillgång till den senaste kunskapen för att kunna stödja sina medborgare på bästa sätt. Genom att aktivt delta i forskning kan kommunen både ta del av och vara med och driva utvecklingen framåt. Målet är att ligga i framkant inom områden som har en stor påverkan på kommunens verksamhet.

Samverkan med forskare vid Mittuniversitet förväntas ge värdefull kunskap om hur vi kan agera för ökad kvalitet i vården, självständighet och en acceptabel livskvalitet för den sjuke och dess närstående. Med trygghet och självständighet förväntas behovet av särskilt boende minska, vilket resultat från studier av PER<sup>10</sup>-modellen verifierat. En demensvänlig kommun är målet där vi stödjer processen för den sjuke och närstående i hela förloppet från kognitiv svikt via utredning och diagnos för en god vård, behandling och omsorg till palliativ vård och ett värdigt avslut. Under hela processen säkerställer vi samtidigt som den anhörige får stöd och avlastning.

Den planerade utvecklingen och effekterna av den leder till ett proaktivt arbete i jämförelse med dagens reaktiva insatser. Med proaktivt arbete där vi skapar tidigare relationer och stöd till familjerna beräknas också behovet av anhörigstöd, dagvård och växelvård kunna erbjudas när behovet uppstår, att jämföra med årets situation då kommunen har kö för rätt stöd i rätt tid. Under året som gått har Per-modellen fortsatt utvecklas med sex personer med demenssjukdom och deras närmaste anhörig/partner.

Samarbetet mellan anhängcenter, Demenscentrum och demensvårdskorttids är etablerad och utvecklas vidare för att möta behoven i ett tidigare skede. Processarbetet för demensvårdsutveckling har inte kunnat fullföljas under 2020 med anledning av pandemin. Dock kvarstår ”Färdplan 2030” som underlag för proaktivt arbete och stöd till den enskilde och dess närstående redan i samband med utredning avseende kognitiv svikt.

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

---

<sup>10</sup> PER-modellen; Pedagogiska, Emotionella och Relationsbyggande verktyg som gör att personer med demenssjukdom upplever en större trygghet i tillvaron och kan bo kvar i hemmet längre, samtidigt som den anhörige får stöd och avlastning.

---

## Kvalitetsregister

### BPSD-registret

Ny lokal riktlinje för demens i kommunen beräknades vara klar under första kvartalet 2021. I den riktlinjen ska också en rutin för BPSD registerarbetet med ett flödesschema att skapas.

Beslut om kriterier för enheter som bedriver demensvård.

### Svenska palliativregistret

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

### Senior alert

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

Användningen av kvalitetsregistret i hemsjukvården är ett angeläget utvecklingsområde som behöver bli av under 2021.

## Kompetens

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