

Patientsäkerhetsberättelse

för hälso- och sjukvård i

Sundsvalls kommuns särskilda boenden

och hemsjukvård i ordinärt boende

År 2014

Sundsvall 2015-02-28

Kerstin Nohrstedt, MAS

Gurli Edlund, MAS

Rose-Marie Carlsson, Verksamhetschef HSL

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier	6
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
2.1 Socialnämndens ansvar	7
2.2 Verksamhetschefens ansvar	7
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	7
2.4 Områdeschefens ansvar	7
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	7
3. Struktur för uppföljning och utvärdering	8
3.1 Senior alert	8
3.2 Svenska Palliativregistret	9
3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens	10
4. Kvalitetsuppföljning	10
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	12
5.1 Avvikelser	12
5.2 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	13
5.3 Läkemedelshantering	13
5.4 Kvalitetsgranskning av Apoteket	16
5.5 Fallskador	16
5.6 Trycksår	16
5.7 Inkontinens	17
5.8 Vårdhygien	18
5.9 Nutrition	19
5.10 Munhälsa	19
5.11 Rehabilitering	20
5.12 Projekt ”Trygg hemma”	21
5.12 Medicinteknik	21
5.13 Dokumentation	21
5.14 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	22
5.15 Hemsjukvård	23
5.16 Omvårdnad vid vård i livets slut – palliativ vård	24
5.17 Genomförda personalutbildningar	24
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	25
7. eHälsa	26
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	27
9. Samverkan med patienter och närstående	28
9.1 Samverkansavtal om läkarmedverkan	28
10. Övergripande mål och strategier för kommande år 2015	29
10.1 Mål	29
10.2 Strategier och planerade åtgärder	29

Sammanfattning

Vårdgivaren (Socialnämnden i Sundsvalls kommun) ansvarar för att patienter i särskilt boende och hemsjukvård får en god och säker vård. Vårdgivaren ska upprätta ett ledningssystem som möjliggör kvalitetssäkring, egenkontroll och uppföljning av verksamheten. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som den som önskar kan ta del av. Berättelsen visar hur hälso- och sjukvården har bedrivits under föregående år. Genom att årligen följa upp och bedöma kvaliteten kan verksamheten fortlöpande utvecklas.

Patientsäkerhetsberättelsen för år 2014 påvisar en varierande kvalitet inom hälso- och sjukvård i Sundsvalls kommun och förbättringsarbetet behöver fortgå inom hela verksamheten men med fortsatt fokus på hemsjukvården även under år 2015.

Fortsatt användning av bedömningsinstrument via kvalitetsregistren är av stor betydelse och användningen behöver upprätthållas inom särskilt boende samt påbörjas inom hemsjukvården.

Senior alerts syfte är att öka medvetenheten om betydelsen av det systematiska riskförebyggande arbetet hos chefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Genom upprättande av riskförebyggande hälsoplaner med diagnos, mål, ordination och uppföljning stärks det systematiska kvalitetsarbetet som ger patienten en god och säker vård.

Palliativa registret hjälper vårdgivaren att kontinuerligt utvärdera omvårdnaden vid livets slut och att arbeta med förbättringsområden.

Antal registrerade avlidna når inte upp till nationellt mål och vissa kvalitetsindikatorer visar att stora förbättringsområden återstår.

Avvikelse gällande läkemedelshantering har ökat under år 2014 på grund av införandet av ny rutin som förenklat rapportering. Den nya rutinen innebär att all personal kan registrera avvikelser i systemet Flexite och att områdeschef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning samt återföring av resultat till personalgruppen. Att rapportera och synliggöra brister och fel är avgörande för att öka patientsäkerheten.

Läkemedelsgenomgångar utförs inte i den utsträckning som vore önskvärt för att optimera den enskilda patientens läkemedelsbehandling. För att öka antalet genomgångar krävs god samverkan mellan vårdgivare. En god individuell omvårdnad är ett viktigt komplement till och kan i vissa fall ersätta läkemedelsbehandling.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård är av central betydelse för att god och säker vård ska kunna upprätthållas för patienten samt säkra informationsöverföring. Vid utredningar av allvarliga händelser är det viktigt att dokumentationen är korrekt och fullständig samt att erfarenheter kan återföras till verksamheten för att ett upprepande inte ska ske.

Omvårdnad vid demenssjukdom behöver fortlöpande utvecklas. Utbildning av personal har skett under året men bör fortgå och delges till ny personal.

Arbetet med registret beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) behöver fortgå och är ett viktigt instrument i demensomvårdnaden.

Ett särskilt team det så kallade BPSD-teamet arbetar i kommunen med utbildning och handledning av personal.

Samverkan med andra vårdgivare behöver fortgå och stärkas. Regelbundna möten med landstinget är viktigt för att hålla hög patientsäkerhet genom hela vårdkedjan.

Samverkan med patienter och/eller närstående behöver utvecklas och stärkas. Delaktighet av patient/närstående i omvårdnaden och patientsäkerhetsarbetet är viktigt. Patienten/närstående ska 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 kommunens Patientnämnd.

Hälso- och sjukvårdslagen (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.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

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.

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.

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Lagen omfattar tre huvudområden:

Ansvarssystemet har reformerats

De tidigare disciplinpåföljderna varning och erinran har ersatts av bland annat en utökad möjlighet för IVO 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 m m tillgodoser kravet på god vård.

Patientlagen (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.

1. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård. Varje år ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

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 hög patientsäkerhet genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller att vårdpersonal begått misstag.

Strategin för att nå målet är att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom vårdgivarens ansvar för att upptäcka systemfel. Det är viktigt att utreda varje avvikelse och åtgärda de bakomliggande orsakerna samt vidta alla åtgärder som behövs för att förhindra att patienter kommer till skada.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten. Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som används för att systematiskt utveckla och säkra verksamheten. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

2.2 Verksamhetschefens ansvar

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

Verksamhetschefen ska svara för att tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet samt kostnadseffektivitet. Som vårdgivarens representant ska verksamhetschefen fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS ska planera, styra, kontrollera, dokumentera samt redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS ska även tillse att författningar är kända och efterlevs samt utfärda rutiner och instruktioner utifrån de krav som ställs på verksamheten. MAS 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)

2.4 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 och verksamhetschef fastställt följs i verksamheten samt att dessa är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen. Områdeschefen ansvarar för kvalitetsarbetet vid enheten.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personalen ska följa MAS upprättade rutiner och rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada.

3. Struktur för uppföljning och utvärdering

Risikanalys

**Alla vet vad som hände i går,
men konsten är att veta vad som händer i morgon**

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya rutiner är det viktigt att göra en riskanalys. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna. Arbetet med patientsäkerhet måste inriktas på att bygga upp processer och system som skyddar patienten från vårdskada eller risk för sådan. Riskanalys måste därför vara en del i de befintliga arbetsprocesserna i det dagliga arbetet och vid specifika situationer kring patienter.

3.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister 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 ska riskbedömas enligt evidensbaserade skattningsskalor.

Att använda bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare.

När en patient flyttar in vid ett boende riskbedömer sjuksköterska tillsammans med vårdpersonal efter information till patient/närstående som erbjuds att delta. De risker som upptäcks ska alltid följas av en hälsoplan, i den dokumenteras ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till omvårdnadspersonalen. Hälsoplanen följs upp och utvärderas regelbundet.

Antal registrerade riskbedömningar samt antal riskbedömningar med planerade åtgärder

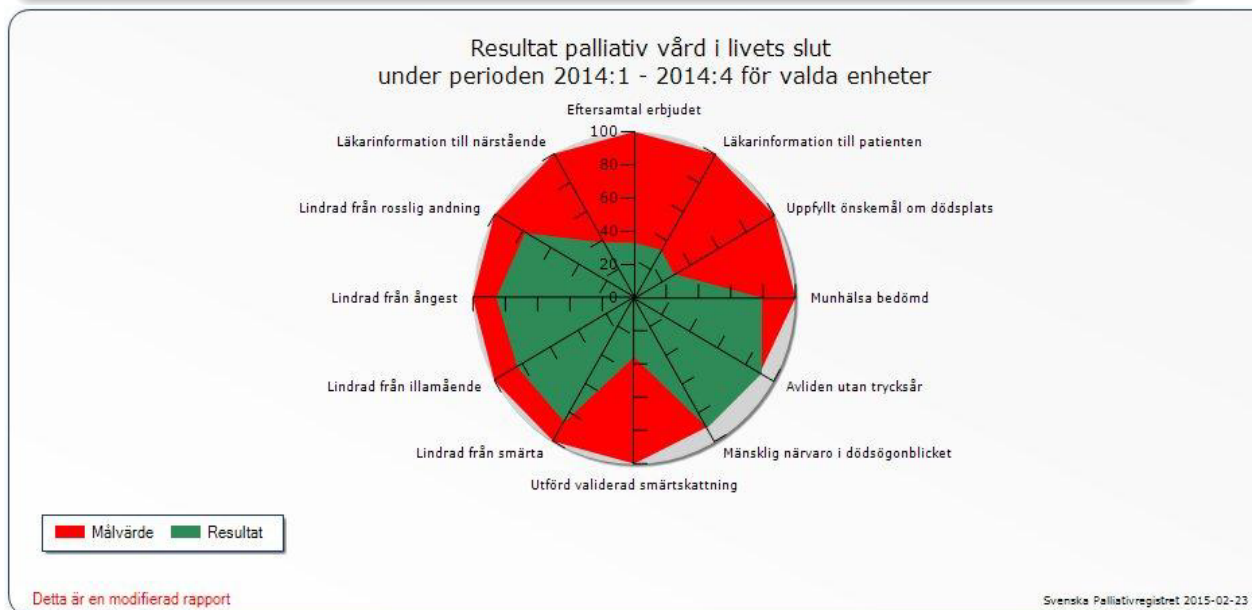
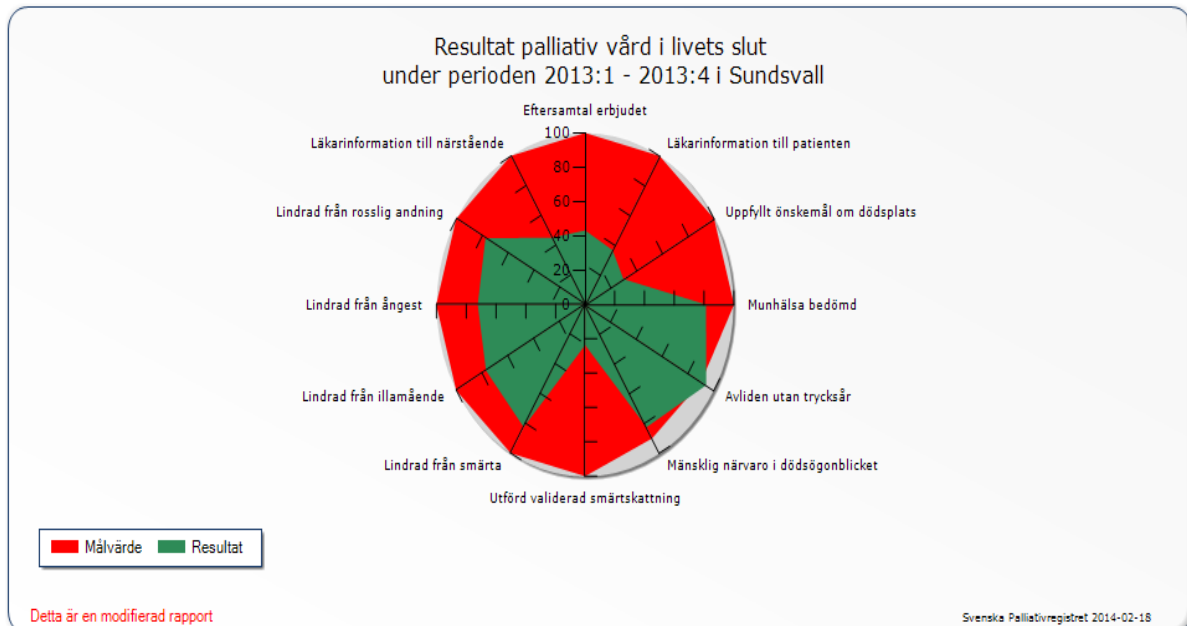
	2012	2013	2014
Fallrisk registreringar	1209	1574	1682
Fallrisk, med planerade åtgärder	X	1316	1492
Risk för trycksår	412	483	603
Risk för trycksår, med planerade åtgärder	X	402	499
Risk för undernäring	928	1147	1317
Risk för undernäring, med planerade åtgärder	X	978	1160
Riskbedömning munhälsa	X	X	1352
Risk för dålig munhälsa	X	X	491
Risk för dålig munhälsa med planerade åtgärder	X	X	344

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att det finns planerade/pågående förebyggande åtgärder där risk framkommit
- Att fortsätta implementeringen av riskbedömning för munhälsa (ROAG)
- Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda
- Att implementera modulen blåsdysfunktion/inkontinens

3.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet 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 2014 visar fortfarande på stora förbättringsområden, bl a smärtskattning. Antalet registreringar i registret minskar i kommunen och trenden är densamma nationellt.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att tillsammans med läkare initiera informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående
- Att smärtskattning sker enligt bedömningsinstrumenten Abbey Pain Scale eller VAS
- Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat och åtgärda

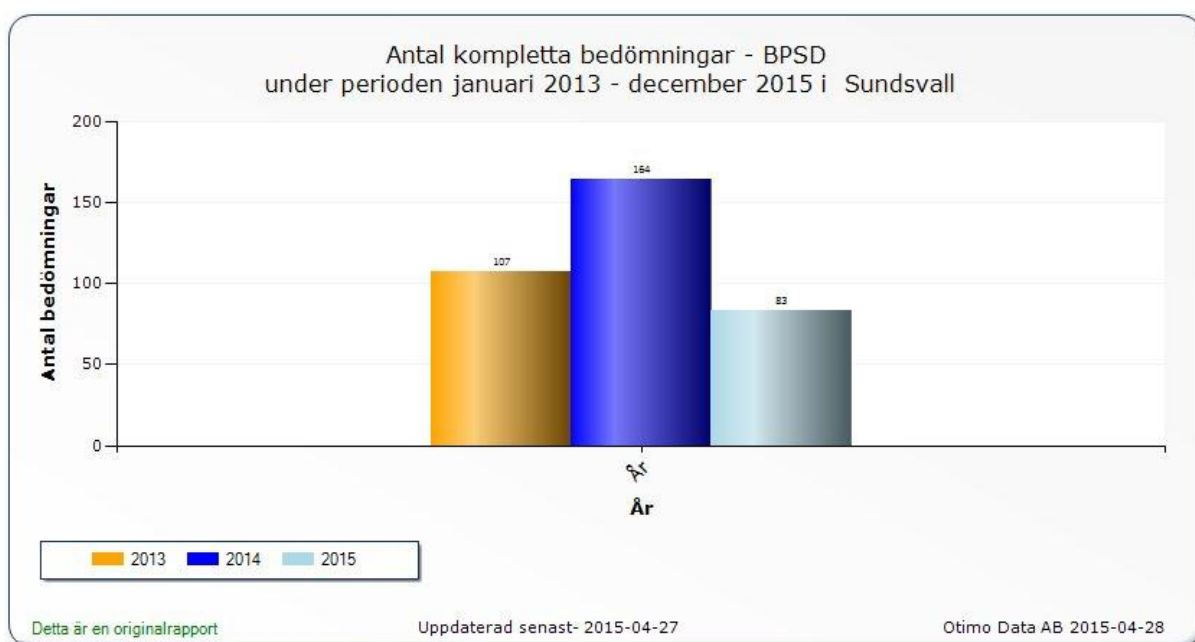
3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Detta skapar stort lidande för patient och närstående samt minskar livskvalité. Personalen har ofta svårt att förhålla sig till de problem som uppstår.

God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD-registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Arbetet med införandet av registret påbörjades i verksamheten under 2012.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med implementering av BPSD-registret i demensomvårdnaden
- Att följa statistik samt analysera resultat och åtgärda



4. Kvalitetsuppföljning

Kommunen ska erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård på lika villkor till alla som bor inom kommunens särskilda boenden eller har hemsjukvård. Kommunen ska dessutom erbjuda en god rehabilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. MAS och verksamhetschef ansvarar för att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet i kommunen.

Uppföljning av kvalitet med rapportering från MAS till vårdgivaren sker fyra gånger om året. Vid två av dessa tillfällen sker uppföljning utifrån webenkäter som besvaras av verksamheten.

MAS följer kontinuerligt alla avvikelser registrerade i systemet Flexite.

Planerade och oplanerade arbetsplatsbesök genomförs för att kontrollera följsamhet till riktlinjer och rutiner.

MAS har deltagit och träffat många personalgrupper i olika delar av verksamheten under året där personalen haft möjlighet att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

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

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

5.1 Avvikelser

All verksamhet inom vården är omfattande, komplex och i vissa avseenden riskfylld. Målet är att ingen avvikelse ska inträffa som hade kunnat förebyggas.

En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Patient/närstående ska informeras och göras delaktiga i säkerhetsarbetet.

Avvikelser kan vara relaterade till den medicinska behandling, omvårdnad, rehabilitering eller medicintekniska produkter. Det kan vara brister i fråga om mänsklig faktor, teknik eller organisation. Avvikelser kan också förorsakas av brister i samverkan genom vårdkedjan (vårdens övergångsställen).

Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. En säker och trygg miljö, för både patient och anställd uppnås om det finns en gynnsam säkerhetskultur. Alla avvikelser 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.

Ny rutin för avvikelshantering via systemet Flexite har implementerats från juni 2014.

Under år 2014 rapporterades totalt **2166** avvikelser (år 2013 rapporterades totalt **426** avvikelser) fördelade på:

Flexite	2013	Jan-maj 2014	Juni-dec 2014	Totalt 2014
Läkemedel	295	147	806	953
Fallskador	115	51	291	342
Annat	16	22	99	121
Fall utan skada	Ej registrerat	Ej registrerat	750	750

Under 2014 skickade MAS tre utredningar enligt anmälan Lex Maria till Socialstyrelsen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta implementering och uppföljning av ny rutin för avvikelshantering inom säbo samt hemsjukvård

5.2 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerade) överlåter en arbetsuppgift till reellt kompetent personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist och delegationer ska regelbundet följas upp. Ytterst ansvarig för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten är MAS.

MAS har upprättade riktlinjer och rutiner för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård i verksamheten med syftet att säkra kvaliteten för patienterna.

Från oktober år 2014 har en ny rutin för delegering införts inom hemsjukvården med en obligatorisk central utbildning och kunskapstest innan delegering sker.

Antalet delegeringar var vid mätning i december år 2014 motsvarande ca 23 per sjuksköterska inom särskilt boende.

Inom hemsjukvården var motsvarande antal ca 90 per sjuksköterska.

Vid samma mätning fanns inga delegerade arbetsuppgifter från sjukgymnast och arbetsterapeut.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att upprätthålla och utveckla införd modell med central utbildning för kvalitet och säkerhet vid delegering

5.3 Läkemedels hantering

Hantering av läkemedel är ett stort arbetsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den innefattar ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring.

MAS är ytterst ansvarig för att fastställa övergripande ändamålsenliga rutiner för läkemedels hanteringen. Områdeschef och sjuksköterska upprättar utifrån MAS rutin en lokal arbetsordning för läkemedelshanteringen på enheten och följer upp den årligen.

Läkemedelsavvikelser

Sjuksköterska har ansvar för hantering och administrering av läkemedel i de fall patienten inte klarar detta på egen hand. Genom delegering kan sjuksköterska överlåta administreringen av läkemedel till omvårdnadspersonal.

Doser iordningställs av sjuksköterska i dosett eller via Apotek i doseringshjälpmedlet Apodos, ibland ges doser ur originalförpackning.

Den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshantering är utebliven dos på grund av glömska och/eller bristande kommunikation.

Inom Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård överlämnas ca 3,5 miljoner doser varje år.

	2012	2013	2014
Fel dos till patient	22	31	57
Fel läkemedelspreparat till patient	8	4	
Förväxlingsfel mellan patienter, tidpunkt etc	27	19	21
Läkemedel givet på ett felaktigt sätt	2	8	25
Utebliven ordinerad behandling	180	208	512
Sen behandling	21	25	75
Allergisk reaktion vid känd överkänslighet	0	0	ej registrerat

Läkemedelsavvikelser i vårdens övergångar

Det är allmänt känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelshanteringen är särskilt vanliga i vårdens övergångar när patienten byter vårdgivare.

En korrekt ordinationslista är en förutsättning för att sjuksköterska/läkare ska kunna bedöma en patients tillstånd, behandlingseffekter, risker, interaktioner samt biverkningar. Många äldre patienter har en komplicerad sjukdomsbild och behandlas med flera läkemedel. Detta ökar risken för läkemedelsrelaterade problem med inläggning på sjukhus och ibland dödsfall som följd.

Västernorrlands läns Läkemedelskommitté arbetar med kvalitetsförbättringar inom området. Det finns en samverkansgrupp i Västernorrland för äldres läkemedelsanvändning med ordförande, geriatriker, distriktsläkare, apotekare samt kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor som arbetar med ständiga kvalitetsförbättringar.

Årlig nulägesbeskrivning av läkemedelsanvändning inom äldreboenden

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

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

Antal läkemedel per patient i särskilt boende

	2012	2013	2014
Stående ordination	6,3	6,3	6,0
Vid behovsordination	3,2	2,1	2,6

Sömnmedel

	2012	2013	2014
Stående ordination	ca 18 %	ca 16 %	ca 15 %
Vid behovsordination	ca 11 %	ca 13 %	ca 12 %

Neuroleptika

	2012	2013	2014
Stående ordination	ca 10 %	ca 10 %	ca 10 %
Vid behovsordination	-	-	2%

NSAID

	2012	2013	2014
Stående ordination	ca 1 %	ca 1 %	ca 0,5 %
Vid behovsordination	-	-	2%

Laxermedel

	2012	2013	2014
Stående ordination	ca 44 %	ca 45 %	ca 40 %
Vid behovsordination	ca 28 %	ca 29 %	ca 29 %

Tramadol

	2012	2013	2014
Stående ordination	ca 1 %	ca 1 %	0,3%
Vid behovsordination	ca 0,7 %	ca 0,5 %	0,4%

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att medvetandegöra sjuksköterskorna (ssk) om nuläge
- Att medvetandegöra ssk om olämpliga läkemedel för äldre
- Att fortsätta samverka med Läkemedelskommittén

Läkemedelsgenomgångar

Regelbundna läkemedelsgångar som syftar till en optimal individuell läkemedelsbehandling ökar kvaliteten och säkerheten för patienten.

Läkemedelsgenomgångar ska enligt författning göras minst en gång per år för alla personer i särskilt boende (SOSFS 2001:17).

Processen med läkemedelsgenomgång innebär att sjuksköterska informerar patient/närstående både muntligt och skriftligt. Ett symtomskattningsformulär med frågor om patientens hälsotillstånd ska fyllas i av sjuksköterska tillsammans med patient/anhörig alternativt patientens kontaktman som är en för patienten särskild utsedd personal.

Sjuksköterska kontrollerar att läkemedelslistan stämmer med hur patienten tar sina läkemedel. 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/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.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att öka antalet läkemedelsgenomgångar i verksamheten
- Att fortsätta samverka med landstinget kring läkemedelsgenomgångar

5.4 Kvalitetsgranskning av Apoteket

Extern kvalitetsgranskning ska årligen genomföras inom de 12 enheter som har akutläkemedelsförråd. Länsövergripande upphandling av tjänsten har skett under 2013 men någon extern granskning har inte genomförts under året i verksamheten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att extern granskning sker.

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

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att initiera kvalitetsgranskning utifrån nytt avtal

5.5 Fallskador

Ett stort riskområde inom kommunal hälso- och sjukvård är fallskador. Konsekvenser av en äldres fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till en lång tids rehabilitering. Falltillbud är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar.

Förebyggande hälsosamtal av sjuksköterska erbjuds alla personer > 75 år i ordinärt boende.

Förebyggande risk och åtgärdsarbete via nationella registret Senior alert är av central betydelse och ska användas i fallförebyggande arbete inom kommunens särskilda boenden. Alla fall som inträffar inom särskilt boende ska handläggas enligt MAS fallrutin. Inom hemsjukvården rapporteras endast fall tillsammans med personal. Fall och fallskador ska dokumenteras i systemet Flexite samt patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

Under 2014 rapporterades 342 fallskador, därav 53 frakturer

	2012	2013	2014
Fallskador	83	94	342
Fraktur	50	47	53
Mjukdel	28	36	289

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert och lokal rutin
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för fall/fallskada

5.6 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. Trycksår är en vårdskada som alltid ska registreras som en avvikelse.

Förekomst av trycksår

Antal trycksår ligger på en något minskad nivå jämfört med tidigare år. Oroande är att de flest trycksåren uppstår inom kommunens särskilda boenden.

	2012	2013	2014
Särskilt boende	24	24	18

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för trycksår

5.7 Inkontinens

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. Detta är en vanlig orsak till att den äldre behöver flytta till ett särskilt boende. Inkontinens tillhör inte det normala åldrandet, ofta handlar det om samverkande faktorer som att inte hinna till toaletten i tid eller kan vara biverkan av läkemedel.

Många äldre får även störd nattsömn med fallrisk som följd. Alla som har problem med inkontinens har rätt till utredning och behandling.

NIKOLA (www.nikola.nu) är ett nationellt nätverk som administreras av Hjälpmedelsinstitutet. Syftet med nätverket är att kvalitetssäkra utredning, bedömning, planering, åtgärder och utvärdering för inkontinens.

För den äldre patienten kan små åtgärder som att få toalettassistans eller träning vara betydelsefullt. Läckagemätning under ett par dygn kvalitetssäkrar hjälpmedel vid inkontinens. Sjuksköterska ansvarar för att vid behov upprätta en hälsoplan i hälso- och sjukvårdsjournalen och förskriva hjälpmedel.

Kvalitetsarbete inom individuell inkontinensvård påbörjades 2013 och fortgår inom särskilt boende.

En grupp i länet har utsetts för se över en länsövergripande rutin för inkontinens.

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

Kvarliggande urinkateter (KAD)

Kvarliggande urin i blåsan är oftast en indikation 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.

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

Vid 2014 års mätning inom särskilt boende hade **59** patienter en KAD

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

Förekomst av kvarliggande urinkateter

	2012	2013	2014
Särskilt boende	66	66	59

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

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

5.8 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.

Vid prevalensmätning inom särskilt boende för år 2013 i hälso- och sjukvårdsjournalen under sökordet "Smitta" fanns 17 anteckningar om förekommande smitta. (År 2012 fanns 15 anteckningar)

År 2014 fanns vid mätning 29 anteckningar under sökordet smitta inom särskilt boende och hemsjukvård.

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 smittskyddsmyndigheten.

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 självskattnings, förbättrade rutiner och kontinuerlig analys.

Som ett stöd till kommunen för att upprätthålla en hög hygienisk standard enligt lagstiftarens krav ska smittskyddsmyndigheten 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 vårdhygienisk information samt rådgivning.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

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

5.9 Nutrition

Vid för litet intag av energi och näring ökar risken för undernäring som i sin tur ökar risken för komplikationer och ökade omvårdnadsinsatser. Trycksår kan uppstå och svårigheter med rehabilitering leder till försämrad livskvalité. Den äldre och sjuka människans nutrition måste behandlas med krav på utredning, diagnos, mål, ordination och uppföljning. Sjuksköterska har omvårdnadsansvaret för patientens näringstillstånd. Det omfattar att identifiera problem med mat och vätskeintag samt följa upp att patienten får näringstillskott enligt givna ordinationer. Lokala riktlinjer finns i verksamheten och alla patienter inom särskilt boende ska bedömas enligt Senior alert och åtgärder sätts in vid nutritionsproblem.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior alert
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för undernäring
- Att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar
- Att fortlöpande mäta, åtgärda och följa upp nattfasta

5.10 Munhälsa

God munhälsa är en förutsättning för god nutrition och välbefinnande. Många äldre har problem med munhälsa och många läkemedel har muntorrhet som biverkan.

Genom Tandvårdslagen år 1999 genomfördes en reform vilket innebar att landstinget ansvarar för uppsökande verksamhet med erbjudande om avgiftsfri munhälsobedömning för vissa grupper, äldre och personer med omfattande omvårdnadsbehov samt personkretsen inom Lagen om stöd och service. Dessa grupper erbjuds även nödvändig tandvård och tandvård vid sjukdomsbehandling till avgifter som vid öppen hälso- och sjukvård.

Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år samt intyg om nödvändig tandvård till reducerad kostnad. De flesta tackar ja till att tandhygienist gör hembesök och bedömer munhälsan tillsammans med patientens kontaktman. Ett munvårdskort upprättas om hur munhälsan ska skötas och omvårdnadspersonal informeras.

Inom hemsjukvården erbjuds uppsökande munhälsobedömning till de personer som tillhör fastställda grupper.

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.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att stärka samverkan med Tandvården
- Att öka planerade munhälsobedömningar
- Att öka antalet utförda munhälsobedömningar

5.11 Rehabilitering

Kommunen ansvarar för rehabilitering i särskilt boende, korttidsboende, hemsjukvård samt dagverksamhet.

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

Patient som är i behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska förskrivas och utprovas av behörig personal och ADL-status ska upprättas om behov finns.

Sjukgymnast ansvarar för träning, rådgivning, utprovning och förskrivning av vissa hjälpmedel. Arbetsterapeut ansvarar för att bedöma, stödja och träna förmågor som behövs för ett dagligt liv. Arbetsterapeut utprovar och förskriver hjälpmedel som underlättar i rehabilitering och dagligt liv.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att utveckla samverkan med omvårdnadspersonal
- Att resursbedömning utförs hos alla patienter i särskilt boende

5.12 Projekt "Trygg hemma"

Projekt Trygg hemma startade oktober 2014. Syfte med projektet är 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. Att genom rätt stöd och hjälp från Socialtjänsten med stödinsatser i form av träning och hjälpmedel kan beroendet av hemtjänstinsatser minska och den enskilde kan själv klara sin dagliga livsföring och leva ett självständigt liv så långt det är möjligt.

I projektet ingår två sjukgymnaster, två arbetsterapeuter samt en handläggare, de arbetar i samverkan med hemtjänstpersonal.

Målgruppen är vårdtagare boende inom delar av områden i Granloholm och Haga.

Prioritering för projektet är följande:

1. Palliativa vårdtagare
2. Vårdtagare som planeras hem från sjukhus eller korttidsplats.
3. Vårdtagare som bor i ordinärt boende och söker bistånd för första gången
4. Pågående ärenden där frågan om förändrat bistånd uppkommer

5.12 Medicinteknik

Medicintekniska produkter (MTP) ska användas utifrån rätt indikation och på rätt sätt av utbildad personal. Produkten utprovas och förskrivs av legitimerad personal. Omvårdnadspersonal utbildas och instrueras i handhavande av produkterna generellt samt vid specifika ärenden gällande enskild patient. Skriftliga riktlinjer och rutiner finns i verksamheten för förskrivningsprocessen samt handhavande och kontroll av produkter.

En arbetsterapeut med speciell funktion som controller har inrättats under år 2014 som arbetar nära verksamheten och hjälpmedelsombuden.

Avvikelse kring medicintekniska produkter ska rapporteras enligt rutin och under år 2014 rapporterades 3 avvikelser gällande handhavande och/eller produktfel.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

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

5.13 Dokumentation

Syftet med dokumentation är att i första hand ge patienten en säker och god vård. I Patientdatalagen (2008:355) förklaras att syftet med att föra patientjournal också innebär en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav samt uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal inom äldreomsorg och socialpsykiatri.

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

Inom den kommunala hälso- och sjukvården används en datorbaserad hälso- och sjukvårdsjournal. Dokumentationen är uppbyggd utifrån socialstyrelsens rekommendation med ICF (WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health) klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

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 finns inom verksamheten som arbetar kontinuerligt mot legitimerad personal.

Säkerhetskontroll via loggning av aktiviteter i Procapita +HSL

Loggkontroll 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 som varit aktiva i systemet föregående vecka.

Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournalen förekommit.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med en uppdaterad och fullständig hälso- och sjukvårdsjournal
- Att fortlöpande systematiskt granska hälso- och sjukvårdsjournaler

5.14 Vård och omsorg om personer med 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, funktionen har funnits även under 2014. Utbildningsdagar för länet har finansierats av kommunförbundet och ingått i satsningen "Bättre liv för sjuka äldre".

Kommunen har en demensvårdsutvecklare som har en samordnande funktion, ger råd och stöd till anhöriga samt utbildar och handleder personal. Kommunen har från hösten 2014 anställt en sjuksköterska som är certifierad att utbilda i registret BPSD.

En specialistutbildad undersköterska finns i verksamheten som har medverkat vid utbildningar samt för handledning och stöd till omvårdnadspersonal.

Under 2014 har utbildningar genomförts för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Till och med 2013 har ca 1400 personal utbildats i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Under 2014 har ca 1630 personal utbildats.

Fortlöpande utbildning har skett till nyanställd personal samt vikarier.

Införandet av det nationella registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) har som syfte att med omvårdnadsåtgärder minska symtom och lidande samt därigenom öka livskvaliteten för den drabbade. Implementering av registret påbörjades under år 2012 och har pågått under 2013 och 2014.

Totalt år 2013 har 44 patienter registrerats och 95 skattningar av symtom genomförts med hjälp av registret BPSD motsvarande ca 10 % av Sundsvalls kommuns platser för personer med demenssjukdom.

Under år 2014 har 172 skattningar utförts.

Team vid nästan samtliga särskilda boenden har bildats som arbetar strukturerat utifrån BPSD när behov finns hos patienterna.

Inom kommunen finns fem undersköterskor med särskild utbildning i BPSD, dessa handleder personal i specifika omvårdnadssituationer vid demenssjukdom.

Anhörigutbildning har genomförts under 2014 och anhörigstödjare samt ett anhörigcenter finns där två anhörigkonsulenter finns att tillgå, även flera träffpunkter finns i kommunen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta arbetet med att utbilda personal i Demens ABC
- Att fortsätta arbetet med införandet av registret BPSD
- Att fortsätta arbeta utifrån de nationella riktlinjerna

5.15 Hemsjukvård

Sundsvalls kommun övertog 2014-02-03 hemsjukvården från Landstinget Västernorrland. Avtalet omfattar insatser som hemsjukvård, akuta samt planerade hembesök som utförs av distriktssköterska, arbetsterapeut samt sjukgymnast i ordinärt boende samt boenden med särskild service enligt LSS. Ansvarfördelningen mellan Landsting och kommuner för hemsjukvård utgår från den sk tröskelprincipen. Utgångspunkten är att patient ska uppsöka vårdcentralen vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Där person inte av hälsotillstånd kan uppsöka vårdcentral ska kommunen ansvara för hembesök. Det har varit en stor uppbyggnadsfas och det har under sista kvartalet 2014 börja stabiliseras ute i verksamheten. Patientunderlaget samt behov av mer omfattande sjukvårdsinsatser har förändrats under året, dels på grund av att patienter skrivs ut tidigt från sjukhuset samt att SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) förändrade sitt arbetssätt inom länet, så behovet av insatser från distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har varit omfattande.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta utveckla samverkan med landstinget över informationsöverföring och ansvarsfördelning

5.16 Omvårdnad vid vård i livets slut – palliativ vård

Vård i livets slut innebär lindrande vård för de svårast sjuka och döende.

Palliativ (lindrande) vård kan bestå av en tidig fas som ofta är lång och en sen fas som omfattar dagar, veckor eller någon månad. Denna sena fas är vad man i allmänhet menar med vård i livets slut.

Symtom som de flesta patienter får vid livets slut är exempelvis ångest, nedstämdhet, smärta, illamående, orkeslöshet, hosta, förstoppning, diarrée och muntorrhet. Att alltid kunna lindra är målet för palliativ omvårdnad och inom Sundsvalls kommuns hälso- och sjukvård finns på alla enheter/hemsjukvårdsområden palliativa läkemedel nära till hands för sjuksköterskor att snabbt kunna administrera till dessa patienter.

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

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att fortsätta med kontinuerlig utbildning inom palliativ omvårdnad för all personal
- Att samtlig personal genomför webbaserad utbildning från Norrlandstingen
- Att kontinuerligt utbilda legitimerad personal inom aktuell medicinteknik
- Att samverka med närstående och ge tillräckligt stöd

5.17 Genomförda personalutbildningar

- Kontinuerlig utbildning inom hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita+HSL för nyanställd personal
- Introduktion av kvalitetsregistret BPSD inom demensomvårdnad
- Demensomvårdnad ABC och de nationella riktlinjerna fortgår
- Läkemedelskommitténs årliga stämma för sjuksköterskor
- Fortbildning – temadagar inom varierande områden av hälso- och sjukvård
- Palliativ omvårdnad riktad till samtliga sjuk/distriktssköterskor
- Palliativ omvårdnad riktad till palliativa ombud inom särskilt boende
- Basal hygien riktad till områdeschefer

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

För att patienterna ska få en god och säker vård krävs samverkan genom hela vårdkedjan. 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.

Avvikelser i vårdkedjan ska delges respektive vårdgivare och redovisas i en samverkansgrupp för landsting och kommun som träffas regelbundet. Gruppens syfte är att identifiera, analysera, åtgärda och följa upp vårdkedjeproblematik.

Rutin för informationsöverföring mellan vårdgivarna i Västernorrlands län beslutades år 2011 och har uppdaterades under 2013 inför övertagandet av hemsjukvården till kommunerna 2014.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att utveckla samverkan med landstinget

7. eHälsa

Nationell eHälsa är namnet på den strategi för vård och omsorg som regeringen beslutade om och uppdaterade år 2010. Visionen för eHälsa är rätt information till rätt person vid rätt tillfälle. Stimulansmedel har fördelats till länen efter överenskommelse mellan kommuner och landsting.

Genom arbetet med eHälsa ska följande syften uppnås:

- Öka invånarnas insyn, delaktighet och tillgänglighet till socialtjänsten
- Ge medarbetarna tillgång till säker och relevant information i det dagliga arbetet
- Ge beslutsfattare ett heltäckande, aktuellt och pålitligt underlag för styrning, uppföljning och löpande förbättringsarbete
- Effektivisera verksamheten
- Skapa bättre förutsättningar för forskning och utveckling av nya metoder och rutiner

Sedan 2010 har regeringen satsat 20 miljoner kronor de första två åren och 2012 satsades 40 miljoner kronor till Sveriges alla kommuner. Medlen har använts till regionala samordnare, till att utveckla tekniska infrastrukturer och ett nationellt fackspråk inom socialtjänsten. Samordnarens uppgift har varit att driva utveckling och implementering av nya arbetssätt, sprida kunskap samt upprätthålla regionala nätverk.

Under hösten 2014 avslutades satsningen och den regionala samordnarens uppdrag. En ny myndighet, e-Hälsamyndigheten har införts nationellt som ska samordna vidare utveckling av digitala tjänster inom hälso- och sjukvården.

Digital teknik 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, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet samt ett mobilt arbetssätt.

I Sundsvalls kommun har säker behörighetsidentifikation (SITHS) via kort införts till legitimerad personal. Anslutning till den nationella patientöversikten (NPÖ) har genomförts under 2014.

Under år 2014 har ca 170- 270 uppslag i NPÖ utförts varje månad av som mest 45 användare.

8. Häls o- och sjukvårdspersonalens rapporterings skyldighet

Bestämmelsen om det personliga yrkesansvaret regleras i patientsäkerhetslagen (PSL).

Genom PSL infördes en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Vårdgivaren står under Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn och ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Alla negativa händelser och tillbud ska 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.

9. Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienten/närstående ska stärkas genom delaktighet i omvårdnaden.

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 IVO, begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) och/eller enligt läkemedelsförsäkringen samt informeras om kommunens förtroendenämnd.

Sundsvalls kommuns förtroendenämnd erhöll under år 2014 inga ärenden från landstingets Patientnämnd-Etiska nämnd.

Patientnämndens – Etiska nämndens verksamhetsberättelse för år 2014 visar 3 ärenden för Sundsvalls kommun.

Informationen ska även på patientens begäran eller om patienten inte kan ta emot informationen lämnas till den närstående.

Uppgift om den information som har lämnats ska dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

**Kommunen har en rutin för klagomål och synpunkter på hemsidan:
www.sundsvall.se/lamnasynpunkter/SynpunktSundsvall**

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att stärka samverkan med patient, anhörig/närstående
- Att förankra gällande lagstiftning hos legitimerad personal i första hand

9.1 Samverkansavtal om läkarmedverkan

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.

10. Övergripande mål och strategier för kommande år 2015

10.1 Mål

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med kommunens hälso- och sjukvård.

Varje medarbetare ska ha förutsättningar att utföra arbetet på ett sådant sätt att en säker och god vård kan ges.

Ett ledningssystem inom hälso- och sjukvård ska upprättas för att kontrollera och upprätthålla verksamhetens kvalitet.

10.2 Strategier och planerade åtgärder

- Fortsätta arbetet med att upprätta ett ledningssystem med systematisk egenkontroll för hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Fortsatt samarbete mellan funktionerna MAS och verksamhetschef för hälso- och sjukvård
- Fortsatt kvalitetsarbete i läkemedelsfrågor tillsammans med landstinget med fokus på läkemedelsgenomgångar
- Fortsatt utveckling, granskning och uppföljning av dokumentation inom hälso- och sjukvård
- Fortsatt arbete med kvalitetsregister
- Uppdatering och revidering av rutiner för kommunal hälso- och sjukvård
- Stärka samverkan med landstinget kring patientsäkerhet
- Följa upp avtal om läkarmedverkan
- Fortsatt samverkan med länets övriga kommuner i hälso- och sjukvårdsfrågor via gemensamma träffar