

Patientsäkerhetsberättelse

**Hälso- och sjukvården
Socialtjänsten Sundsvalls kommun**

År 2011

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| 1. Övergripande mål och strategier | 4 |
| 2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| 3. Riskanalys | 5 |
| Nationella kvalitetsregister | 5 |
| Senior Alert | 5 |
| Svenska Palliativregistret | 5 |
| 4. Struktur för uppföljning | 6 |
| Kvalitetsinstrumentet Qusta | 6 |
| 5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 8 |
| Avvikelser | 8 |
| Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter | 8 |
| Läkemedelshantering | 8 |
| Läkemedelsgenomgångar | 8 |
| Läkemedelsfel i vårdens övergångar | 9 |
| Kartläggning av läkemedelsbehandlingen inom äldreboenden | 9 |
| Kvalitetsgranskning av Apoteket | 9 |
| Läkemedelsavvikelser | 9 |
| Fallskador | 10 |
| Trycksår | 10 |
| Kvarliggande urinkateter (KAD) | 11 |
| Vårdhygien | 11 |
| Dokumentation | 11 |
| Loggning av aktiviteter i Procapita | 12 |
| Vård och omsorg om personer med demenssjukdom | 12 |
| Genomförda personalutbildningar | 13 |
| 6. Samverkan för att förebygga vårdskador | 13 |
| 7. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 13 |
| 8. Samverkan med patienter och närstående | 14 |
| 9. Övergripande mål och strategier för kommande år | 15 |

Sammanfattning

Arbetet med kvalitet och patientsäkerhet stämmer väl överens med socialtjänstens LEAN-filosofi:

- att ifrågasätta det vi gör
- arbeta med ständiga förbättringar
- göra rätt från början – förebygga fel
- medarbetarna med i processerna
- skapa värde för patienterna

Genom att följa upp och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamheten och kompetensen hela tiden utvecklas. Vi upptäcker brister och kan därmed förbättra kvaliteten.

Patientsäkerhetsberättelsen visar att den kommunala hälso- och sjukvården i många delar är av god kvalitet, men inom varje delområde finns utrymme för förbättringar. Inkontinens och rehabilitering är exempel på områden som måste förbättras.

Områdeschefer ansvarar för att genomföra åtgärder av de brister som framkommit. För att stärka patientsäkerheten följer MAS under 2012 upp att åtgärderna är genomförda.

Det systematiska arbetssättet med evidensbaserade skattningsskalor för att förebygga vårdskador har varit en stor del av det patientsäkerhetsarbete som genomförts under året.

Arbetet med att registrera i det Svenska Palliativregistret fortsätter med målet att utvärdera vården för alla som vi vårdar den sista veckan i livet.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar för att öka kvaliteten och säkerheten och ge patienten en optimal läkemedelsbehandling har varit alltför få under året. Under året har endast 2,7 % av patienterna i särskilda boenden fått en läkemedelsgenomgång.

Patientsäkerhetslagen

1 januari 2011 upphävdes lagen om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område och ersattes av Patientsäkerhetslagen. Detta innebär stora förändringar för all yrkesverksam vårdpersonal. Lagen omfattar tre huvudområden:

Ansvarssystemet har reformerats

De tidigare disciplinpåföljderna varning och erinran har ersatts av bland annat en utökad möjlighet för Socialstyrelsen 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 Socialstyrelsen.

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.

1. Övergripande mål och strategier

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 man som vårdgivare 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 på att vårdpersonalen 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 och vidta alla åtgärder som behövs för att förhindra att patienter kommer till skada.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera en organisations styrkor och svagheter och områden där förbättringsarbete behövs.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmande med vetenskap och beprövad erfarenhet.

En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav.

Vården ska så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon utför sina arbetsuppgifter.

Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan, svarar för att denne har förutsättningar att utföra arbetsuppgiften (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbas av eller utsätts för att drabbas av en vårdskada.

Personalen ska följa av MAS upprättade riktlinjer för avvikelshantering

3. Riskanalys

**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 metoder 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 de misstag som alltid kommer att göras i all verksamhet. Riskanalys måste därför vara en del i de befintliga arbetsprocesserna i det dagliga arbetet.

Nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall och undernäring som underlättar uppföljning och synliggör tidigare osynliga vård- och omsorgsbehov. Alla personer som är 65 år och äldre och som bor i kommunens särskilda boenden riskbedöms för trycksår, undernäring och fall. Riskbedömningen genomförs enligt evidensbaserade skattningsskalor.

Riskbedömningen genomförs tillsammans med patient/närstående, sjuksköterska och personal som är kontaktansvarig för patienten. Om en eller flera risker upptäckts planeras åtgärder för att minska riskerna och åtgärderna följs upp för att bedöma om resultatet av de insatta åtgärderna är adekvata. Senior Alert infördes under året och vid årets slut hade samtliga särskilda boenden påbörjat arbetet med riskbedömningar. Nationella kvalitetsregister skapar en unik möjlighet att göra hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen säkrare.

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat en avlidna människa besvarar ett trettiotal frågor. Oavsett sjukdom så är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom, ordinerad läkemedel vid behov, vårdas där han/hon vill dö, inte behöva dö ensam och veta att de närstående får stöd.

Riskbedömningar vid inflyttning

I anslutning till att patienten flyttar in utför sjuksköterskan tillsammans med vårdpersonal riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Riskbedömning för munhälsa kommer att införas under 2012.

De risker som upptäcks vid riskbedömningen ska alltid åtföljas av en åtgärdsplan. Åtgärderna dokumenteras i en hälsoplan som blir en ordination från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till vårdpersonal. Ordinationen ska utvärderas regelbundet.

Allt samverkan och alla åtgärder utgår från att patienten givit sitt samtycke.

4. Struktur för uppföljning

Kvalitetsinstrumentet Qusta

Kommunen ska erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård på lika villkor för alla som bor inom kommunens särskilda boenden. Kommunen ska dessutom erbjuda en god rehabilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. MAS ansvarar för att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet i kommunen särskilda boendeformer inom äldreomsorg och socialpsykiatri. Landstinget ansvarar för läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kvalitetsinstrumentet Qusta består av ett antal kvalitetsfrågor som gäller hälso- och sjukvård och som ska användas vid kvalitetsuppföljning och utveckling av verksamheterna.

Kvalitet är ett subjektivt begrepp som uppfattas olika beroende på den enskildes kunskap och referensram. Varje område har analyserats och värderats för att en gemensam grundsyn ska finnas. Syftet med instrumentet är att fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Målet med kvalitetsuppföljningen är att stimulera verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Kvalitetsinstrumentet Qusta bygger på att berörd personal ska ha kunskap om de riktlinjer och lokala rutiner som gäller för kommunala hälso- och sjukvården.

Instrumentet innefattar kvalitetsfrågor som rör vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården, dels frågor enligt lagar och författningar dels frågor som rör vård och behandling. Qusta ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

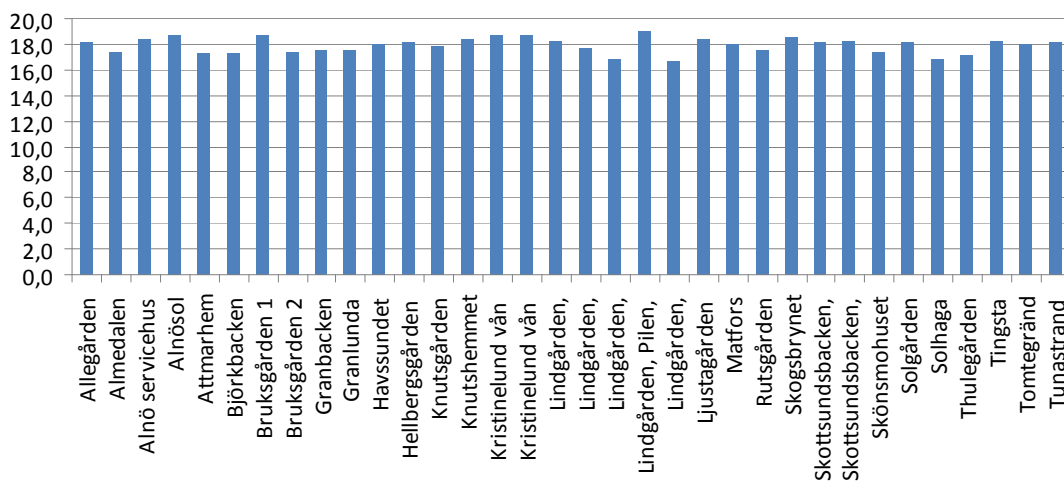
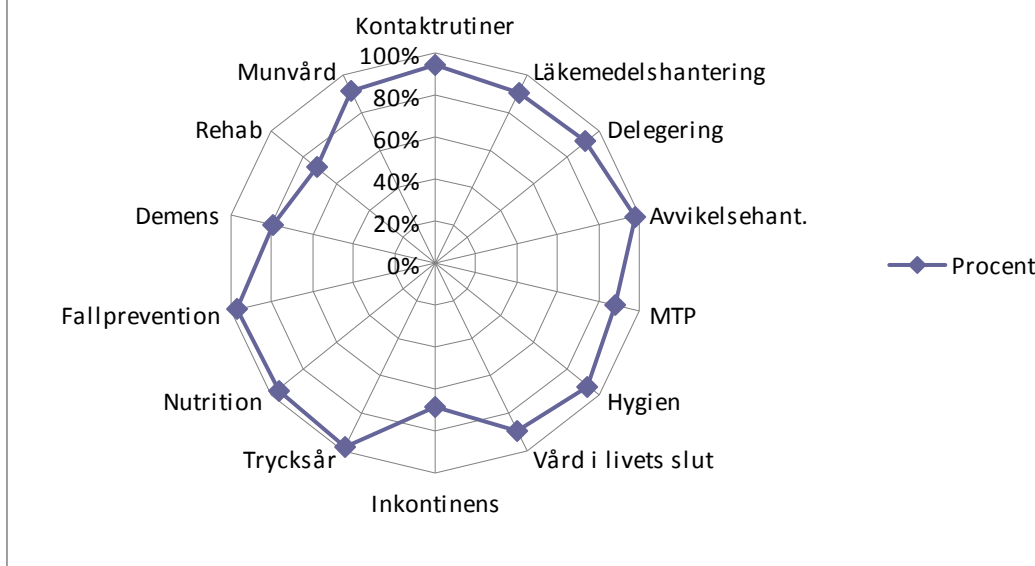
En omfattande kvalitetsuppföljning med Qusta har genomförts av MAS inom 14 olika områden på samtliga äldreboenden

Följande områden har under år granskats:

- Kontakt med läkare,
- Läkemedelshantering,
- Delegering,
- Avvikelsehantering,
- Medicintekniska produkter,
- Hygien,
- Palliativ vård,
- Inkontinens,
- Trycksår,
- Nutrition,
- Fall och fallskador,
- Demens,
- Rehabilitering,
- Mun- och tandhälsovård

Varje enhet har fått besvara ett enkätformulär med frågor som poängsatts utifrån efterlevnaden. Efter sammanställning av enkätsvaren har MAS besökt alla enheter och tillsammans med områdeschef och leg personal gått igenom frågorna. Därefter har enheterna fått ett protokoll med förslag på förbättringar. Förbättringsförslagen redovisas till MAS

QUSTA resultat Sundsvall



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

Avvikelser

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

Att kommunikationen fungerar mellan vårdpersonalen och mellan vårdpersonal och patient är grundläggande för patientsäkerheten.

Avvikelsen kan vara relaterad till den medicinska behandlingen eller omvårdnaden. Det kan vara brister i fråga om den mänskliga faktorn, tekniken eller organisationen av vården. Avvikelser kan också förorsakas av brister i samverkan i vårdkedjan (vårdens övergångsställen).

Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. En säker och trygg miljö, för både de enskilda individerna och de anställda, 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 de hände och hur en upprepning ska förhindras men inte vem som gjorde det.

Under 2011 har 230 avvikelser rapporterats till MAS.

Under 2011 anmälde MAS fyra Lex Maria till socialstyrelsen

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Upprättade riktlinjer och rutiner finns för verksamheten i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde. För att en sjuksköterska ska kunna följa upp och försäkra sig om att de delegerade arbetsuppgifterna utförs på ett för patienten säkert sätt, ska antalet delegeringar för varje sjuksköterska inte överstiga 30 delegeringar.

Antalet delegeringar var vid 2011 års mätning 1 504, snitt per sjuksköterska 21. De som överskrider 30 delegeringar/sjuksköterska har sin arbetsplats på servicehus.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar

Med regelbundna läkemedelsgångar är syftet att öka kvaliteten och säkerheten som bidrar till en optimal läkemedelsbehandling.

Läkemedelsgenomgångar ska göras minst en gång per år för alla personer i särskilt boende. Processen med läkemedelsgenomgång innebär att sjuksköterska informerar patient och anhörig om läkemedelsgenomgång både muntligt och skriftligt. Ett symtomskattningsformulär med frågor om patientens hälsotillstånd ska fyllas i av ansvarig sjuksköterska tillsammans med patient/anhörig alternativt patientens kontaktperson.

Sjuksköterskan kontrollerar att läkemedelslistan stämmer med hur patienten tar sina läkemedel och kompletterar läkemedelslistan med läkemedel med doser som saknas eller receptfria och/eller naturläkemedel. Läkaren utför analys av läkemedelslistan. Ett team bestående av läkare, sjuksköterska och vårdpersonal träffas och diskuterar tänkbara läkemedelsförändringar. Läkaren beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas och i vilken ordning. Information förmedlas till patienten. Läkemedelsgenomgången dokumenteras i patientens journaler. Senast tre månader efter läkemedelsgenomgången görs uppföljning. Sjuksköterskan observerar om genomförda förändringar lett till att patientens tillstånd är bättre, oförändrat eller sämre för varje läkemedelsrelaterat problem. Resultatet dokumenteras i patientens journal. Under 2011 genomfördes 31 läkemedelsgenomgångar av 1 158 boendeplatser.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

Det är känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelsanvändningen är särskilt vanliga i vårdens övergångar, det vill säga när patienten byter vårdenhet eller vårdnivå.

En korrekt ordinationslista är en förutsättning för att vårdgivare ska kunna bedöma en patients tillstånd, behandlingseffekter, risker, interaktioner och biverkningar. Fel i ordinationshandlingarna är vanliga och konsekvensen för patienten beror bland annat på vilka läkemedel som används och på patientens tillstånd. Många patienter framför allt äldre har ofta en komplicerad sjukdomsbild och använder flera läkemedel. Detta ökar risken för läkemedelsrelaterade problem med inläggning på sjukhus och t o m dödsfall som följd.

En länsövergripande samverkansgrupp/styrgrupp ”Äldre och läkemedel” arbetar med ständiga kvalitetsförbättringar inom området. Gruppen består av Läkemedelskommitténs ordförande, geriatriker, distriktsläkare, apotekare och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Kartläggning av läkemedelsbehandlingen inom äldreboenden

Samverkans-/styrgruppen verkar också för att läkemedelsgenomgångar sker enligt de fattande besluten.

Många äldre behöver läkemedel, men läkemedlen bör vara så få som möjligt och de bör omprövas ofta eftersom de kan påverka hälsan negativt hos den äldre människan som t ex balansproblem, inre oro, trötthet och påverkan på minnet. En nulägesbeskrivning genomfördes inom äldreomsorgens särskilda boenden för första gången 2006 och därefter har en årlig mätning genomförts under en dag i september för att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. I samverkan har vi bl a arrangerat gemensamma utbildningar.

Kvalitetsgranskning av Apoteket

En extern granskning har under året genomförts inom de 12 enheter som har akutläkemedelsförråd. Granskningen har enligt överenskommelse med MAS främst koncentrerat sig på lokal rutin/arbetsordning, Narkotikahanteringen, Läkemedelskassation och hur avlidna personers läkemedel hanteras, iordningställande/administrering och förvaring.

Resultatet av granskningen visar att läkemedelshanteringen sköts till stor del bra enligt författningen på de granskade enheterna.

Läkemedelsavvikelser

Läkemedel är ett av de största riskområdena inom den kommunala hälso- och sjukvården. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

I kommunen är det medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som är ytterst ansvarig för att fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret och följa upp läkemedelshandlingen så att säkerheten är hög. Rutiner och ansvarsfördelning finns dokumenterade i en lokal instruktion. Sjuksköterskan på enheten ansvarar för att lokala rutiner upprättas och följs.

De vanligaste avvikelserna inom läkemedelsområdet är utebliven ordinerad behandling, d v s patienterna har inte fått sina ordinerade läkemedel vid 102 tillfällen och fel dos vid 24 tillfällen. Sker när delegerad personal ska överlämna läkemedel till patienter.

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 211 | 189 | 212 | 387 | 258 | 359 | 337 | 397 | 320 | 311 | 169 | 173 |

Fallskador

Ett annat riskområde inom kommunal hälso- och sjukvård är fallskador. Konsekvenserna av en äldre individs fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till en lång rehabilitering innan personen är helt återställd. Vissa blir aldrig helt återställd. Fallskador är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar. Alla fall som inträffar ska handläggas enligt lokala rutiner på varje enhet. Alla fallskador rapporteras som en avvikelse enligt upprättade rutiner. Fall och fallskador ska dokumenteras i den enskildes journal.

Under 2011 rapporterades 64 fallskador, därav 21 höftledsfrakturer

| | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Fallskador | 64 | 77 | 63 | 90 | 105 | 90 | 114 | 123 |
| Frakturer | 43 | 43 | 38 | 50 | 53 | 51 | 53 | 41 |
| Mjukdel | 21 | 27 | 24 | 37 | 50 | 39 | 61 | 65 |

*övrig fallskada med konsekvens

5,5 % av de som bor i äldreomsorgen och socialpsykiatrin har skadats i samband med fall. Av dessa skador har 6,7 % fått en fraktur. Av frakturerna har 4,9 % ådragit sig en höftledsfraktur.

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 går att undvika. Trycksår orsakar fysiskt lidande och ett ökat behandlingsbehov. Trycksår är en vårdskada som alltid ska registreras som en avvikelse. 2,2 % av de som bor i äldreomsorgens särskilda boenden har trycksår

Förekomst av trycksår

| | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Äldreboenden* | 26 | 29 | 23 | 42 | 26 | 18 | 20 | 58 |

* fr o m 2009 inkl servicehus

Kvarliggande urinkateter (KAD)

Inkontinens är i regel inte en indikation för KAD. Eftersom KAD är den dominerande orsaken till vårdrelaterade urinvägsinfektioner och överanvändningen är stor bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikationerna för användande av KAD och att begränsa behandlingstiden. Målet är att alla vårdtagare ska ha genomgått en utredning och fått en diagnos relaterad till kateterbehandling innan kateterbehandlingen påbörjas. Utredning och diagnos är en läkaruppgift. Sjuksköterskan ansvarar för uppföljning i samband med kateterrelaterad omvårdnad samt förskriver hjälpmedel.

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

80 patienter hade en kvarliggande kateter vid 2011 års mätning. Av dessa hade 74 patienter en dokumenterad utredning och fastställd diagnos, vilket är en klar förbättring från tidigare mätningar.

Vårdhygien

Det globala resistensläget försämras snabbt. Det är av största vikt att spridning av MRB (Multi Resistent Bakterier) förebyggs. Varje patient som läggs in på sjukhus inom Västernorrlands län eller kommer till särskilt boende ska tillfrågas om han/hon haft kontakt med sjukvård utanför Sverige det senaste halvåret. Vid jakande svar ska prov tas för multiresistenta bakterier. I väntan på provsvar ska vård/boende ske i enkelrum med eget hygienutrymme. Provtagna patienter betraktas som misstänkt smittade till dess ett negativt odlings svar erhållits. Under tiden från 9 maj till och med mitten av november har alla patienter som skrivits ut från länssjukhuset till särskilt boende provtagits med anledning av den smittspridning som förekommit inom slutenvården på Sundsvalls sjukhus. I våra särskilda boenden finns för närvarande 12 patienter med MRB-smitta.

Ett avtal har tecknats med Smittskyddsenheten. Som ett stöd till kommunen för att upprätthålla en hög hygienisk standard enligt lagstiftarens krav ska smittskyddsenheten biträda med vårdhygienisk expertis. Avtalet innebär infektionsförebyggande arbete med utbildning, rådgivning i enskilda ärenden, information, konsult hjälp vid utredning samt uppdatering av vårdhygienisk information och rådgivning. Uppdraget i de fyra kommunerna ska kunna utföras på en 50 % tjänst inklusive restid..

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 patientjournaler också ska vara en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav och uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning.

Skyldig att föra en patientjournal är legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i äldreomsorgen och socialpsykiatri.

I Hälso- och sjukvårdsjournalen ingår bakgrunds information om patienten, aktuellt hälsotillstånd samt hälsoplaner med ordinationer från sjuksköterska till vårdpersonal för att förebygga risker, åtgärda omvårdnads och rehabiliteringsproblem samt bibehålla funktioner.

Under 2011 har ett nytt dokumentationssystem införts. Syftet är att kunna hämta information om patienten utifrån en väl dokumenterad och strukturerad journal. Den nya journalen är uppbyggd utifrån socialstyrelsens rekommendation med ICF klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Syftet med ICF är ett standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. I den nya journalen dokumenterar all legitimerad personal i en gemensam journal.

Alla legitimerad personal har genomgått en utbildning innan dokumentationen i nya journalen påbörjades.

Den journalgranskning som utförts i ”gamla journalen” påvisade stora brister på struktur och innehåll.

En journalgranskning av den dokumentation som sjuksköterskorna ansvarar för i den nya journalen pågår. Några sjuksköterskor har en godkänd dokumentationsnivå, men det stora flertalet visar stora brister.

En sjuksköterska som arbetar som dokumentationsutvecklare fortsätter att utbilda sjuksköterskorna i dokumentation.

För patientens säkerhet är det viktigt att verksamhetsansvariga agerar utifrån resultat som framkommer av granskningen.

Loggning av aktiviteter i Procapita

Loggning sker för att vi ska kunna kontrollera att informationen hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner.

Loggkontroll utförs varje vecka. Kontroller utförs i form av stickprovskontroll av slumpmässigt 20 olika handläggare som varit aktiv i systemet föregående vecka. Dessa logglistor skickas till närmaste chef för genomgång med den som varit ansvarig för den granskade dokumentationen. Loggning utförs även vid särskild händelse eller misstanke. Vid dessa kontroller har ingen misstanke om journalintrång påvisats under året

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Ett samverkansprojekt mellan primärvården och Sundsvalls kommun pågår.

Syfte:

- att få kontakt med personer med demenssymtom i tidigt skede, för att kunna ge stöd och insatser.
- att minska antalet kontakter som anhöriga måste ta för att personen ska få rätt medicinsk vård och rätt omvårdnad.

Samverkansmodellen innebär att:

- En läkare i primärvården har utarbetat en behandlingslinje för demens på lvn.se och informerar personal på vårdcentralerna
- Kommunens demensvårdsutvecklare och anhörigkonsulent informerar personal på vårdcentralerna om vilka hjälp- och stödinsatser som finns i kommunen
- En demenssamordnare utses på vårdcentralen och är kontaktperson mot kommunen
- Demensbiståndshandläggare arbetar specifikt med ärenden som rör demenssjuka personer samt handleder sina kollegor

Utbildning i och implementering av nationella riktlinjer pågår i hemtjänst och på äldreboende

Samverkan med stadsbibliotekets personal inleddes 2011

De är med vid utbildningstillfällena på äldreboende och berättar om sina minneslådor för att inspirera och ge idéer till aktiviteter på boende.

Avdelning för yngre demenssjuka – planering och utbildning för personal under 2011. Start januari 2012.

Anhörigutbildning i samarbete med landstinget, demensföreningen m.m. hösten 2011.

Genomförda personalutbildningar

- ”Tillsammans kan vi bättre”- ett steg i införandet av ett mer strukturerat arbetssätt kring demenssjuka och deras anhöriga
- Den samordnade vårdplaneringsprocessen
- Stomiutbildning
- Etik i livets slutskede
- Smärtseminarier
- Läkemedelsstämma för sjuksköterskor
- Att få leva tills man dör – rehabiliterande förhållningssätt
- UVI-dag
- Föreläsning av uroterapeut
- Palliativregisterdag
- Minimässor om inkontinensmaterial
- Sårvårdsutbildning
- Att åldras som utvecklingsstörd
- Sjuksköterskans kliniska bedömning 2

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. Avvikelserna ska delges respektive vårdgivare och redovisas i samverkansgruppen. Från socialtjänstens särskilda boenden har **41 avvikelser** skickats till landstingets slutenvård med syftet att undvika att misstagen upprepas i vårdens övergångar.

Ett projekt inom området informationsöverföring och samordnad vårdplanering mellan landstinget och länets kommuner är avslutat, men arbetet fortgår i styrgrupp, projektägar- och nätverksgrupp.

7. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Bestämmelsen om det personliga yrkesansvaret har i sak oförändrat förts över till den nya patientsäkerhetslagen, tidigare lagen om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) Det personliga yrkesansvaret innebär inte någon inskränkning i vårdgivarens ansvar.

Genom patientsäkerhetslagen införs en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen 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.

I den nya lagen tydliggörs att hälso- och sjukvårdens rapporteringsskyldighet inte handlar om att individer har begått fel handlingar, utan om att anmäla sådant som vårdgivaren behöver känna till för att kunna vidta åtgärder för att höja patientsäkerheten.

Disciplinpåföljderna varning och erinran tas bort i lagen och ersätts av en utökad klagomåls- hantering hos socialstyrelsen som får möjlighet att rikta kritik mot yrkesutövare samt utökade möjligheter att besluta om provotid i de fall en legitimerad yrkesutövare utgör en risk för patientsäkerheten.

Socialstyrelsens tillsyn ska främst inriktas på en granskning av att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Socialstyrelsen ska efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Lagen anger inga begränsningar för vem som får anmäla klagomål. Socialstyrelsen är skyldig att göra den utredning som behövs för att kunna pröva klagomålet om det inte är obefogat eller om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och att det inte finns skäl att överväga åtalsanmälan. Socialstyrelsen avgör ett klagomål genom ett skriftligt beslut. Det finns enligt patientsäkerhetslagen i dagsläget ingen möjlighet att överklaga beslutet

Alla negativa händelser och tillbud 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

8. Samverkan med patienter och närstående

Som vårdgivare är vi skyldiga att se till att en patient som drabbats av en vårdskada snarast får information om att det har inträffat en händelse som har medfört en vårdskada eller kunnat medföra en vårdskada. Information ska även ges om vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, möjligheten att anmäla klagomål till socialstyrelsen, möjligheterna att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen samt om patientnämndernas verksamhet (förtroendenämnden). Informationen ska lämnas till den närstående till patienten om patienten begär det eller om patienten inte kan ta emot informationen.

Uppgift om den information som har lämnats ska dokumenteras i patientens journal.

Vid inflyttning till särskilt boende genomför sjuksköterskan ett inflyttningssamtal tillsammans med patient och närstående. Samtalet syftar till att samla information om patientens tidigare sjukdomshistoria som kan ha betydelse för den fortsatta vården.

9. Övergripande mål och strategier för kommande år

- **Kvalitetsarbete i läkemedelsfrågor tillsammans med Landstinget**
- **Uppföljning av Qusta**
- **Fortsatt granskning och uppföljning av journaldokumentationen**
- **Fortsatt arbete i kvalitetsregister med att tillföra ytterligare riskbedömning av munhälsa**
- **Uppdatering och revidering av samtliga rutiner**
- **Införande av BPSD register (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)**
- **Planering inför organisationsförändringen – hur MAS-arbetet ska bedrivas vid konkurrensutsättning av verksamheten**