

# Patientsäkerhetsrapport

*Äldrenämnden 2016*

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

**Medicinskt ansvarig för rehabilitering**



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<b>Sida</b>
<b>Sammanfattning</b>	3
<b>Bakgrund</b>	4
<b>Ledningssystem</b>	4
<b>Ansvar för patientsäkerheten</b>	4
<b>Struktur för uppföljning</b>	6
<b>Samverkan</b>	6
<b>Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits 2016</b>	7
<b>Kompetensutveckling</b>	8
<b>Hemsjukvårdsreform</b>	8
<b>Läkemedelshantering</b>	9
<b>Äldreapotekare</b>	9
<b>Delegering</b>	11
<b>Hygien och smittskydd</b>	12
<b>Redovisning av avvikelser</b>	12
<b>Sjuksköterska och arbetsterapeut på US</b>	17
<b>Senior alert</b>	17
<b>Tryckskada</b>	18
<b>Nutrition</b>	19
<b>Munhälsobedömningar</b>	20
<b>Dokumentation och Treserva</b>	21
<b>Vård i livets slutskede</b>	22
<b>BPSD</b>	23
<b>Rehabilitering</b>	25
<b>Hjälpmedel/Medicintekniska produkter MTP</b>	27
<b>Äldrenämndens mål 2017</b>	31
<b>Slutord</b>	31

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsrapporten för 2016 visar att avvikelserna har ökat och det är viktigt att poängtera att det i sig inte är negativt att det sker. Det ska snarare ses som en del i ett förbättrat kvalitetsarbete då det sannolikt finns ett mörkertal. Det är varje verksamhetschefs ansvar att utveckla en god patientsäkerhetskultur genom att samtlig personal rapporterar avvikelser som genererar ett underlag för det systematiska kvalitetssäkringsarbetet.

Antalet läkemedelsdoser som delas varje år inom äldrenämndens område uppskattas till 2,1 miljoner. Detta innebär en avvikelsefrekvens på cirka 0,1 promille. Vid jämförelse med andra kommuner har Linköpings kommun låg andel rapporterade avvikelser.

Rapporterade fallolyckor har ökat, trots att antalet riskbedömningar för fall har ökat, dock har antalet allvarliga skador till följd av fallolyckor minskat. Antalet avvikelser gällande rehabilitering har oväntat minskat. MAR har erhållit signaler från rehabiliteringspersonal att de inte har tid och förutsättningar för att skriva avvikelser, utan istället prioriterar det patientnära arbetet.

Förekomsten av trycksår och undernäring i Linköpings kommun är fortsatt låg nationellt sett. Ordination av läkemedel i livets slutskede har förbättrats. Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och erbjudande om efterlevandesamtal har minskat. Verksamheterna når inte kommunens uppsatta mål att samtliga förväntade dödsfall ska ske med mänsklig närvaro och att närstående ska erbjudas efterlevandesamtal. Anledningen till att vissa parametrar i palliativa registret har försämrats kan bero på omsättningen av sjuksköterskor i kommunen och anlitande av bemanningsföretag.

Linköpings kommuns äldreapotekare har genomfört läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare på tre äldreboenden. För majoriteten av patienterna resulterade genomgången utsättning av läkemedel med oklar eller utan indikation, utsättning av olämpliga läkemedel för äldre och dosjustering. Äldreapotekaren har bidragit med kunskap i läkemedelsfrågor som berör det kommunala ansvaret genom bland annat kompetensutveckling samt varit ett stöd i läkemedelsfrågor.

14 personer i särskilt boende har multiresistenta bakterier, vilket är fyra mer än föregående år. I hemsjukvård ordinärt boende finns sju personer med multiresistenta bakterier vilket är två färre än föregående år. Avtalet med Vårdhygien på Region Östergötland har möjliggjort ett utbildningsprogram som erbjuds utförare i Linköpings kommun för att minska risken av vårdrelaterade infektioner.

## **Bakgrund**

Kommunen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) inom kommunens särskilda boenden och sedan januari 2014 även i ordinärt boende. Varje kommun ska också i dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Inom äldrenämndens ansvarsområde finns ca 2 000 platser i särskilt boende, ca 70 platser inom dagverksamhet och cirka 1 200 patienter som har erhållit hemsjukvård i ordinärt boende under år 2016.

Kraven som ställs i lagstiftningen utgör grunden för den hälso- och sjukvård som kommunen ska bedriva. Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra negativa händelser och vårdskador. Varje vårdgivare som har avtal med äldrenämnden ska i sin patientsäkerhetsberättelse redovisa sitt systematiska patientsäkerhetsarbete gällande de sjukvårdsinsatser de utför. I berättelsen ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits samt redovisning av resultat.

Föreliggande patientsäkerhetsberättelse baseras på medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utredningar och uppföljning av inlämnade uppgifter under 2016. Den är en sammanställning gemensamt för verksamheterna inom äldrenämndens ansvarsområde.

## **Ledningssystem**

Utförarna är vårdgivare och ansvarar för att säkerställa att resurser och förutsättningar finns för en god vård och säkra sjukvårdsinsatser. Varje vårdgivare ska inneha ett ledningssystem som ska utformas efter Socialstyrelsens krav. Genom ett välplanerat ledningssystem förbättras kvaliteten i hälso- och sjukvården vilket optimerar organisationens interna funktioner genom att tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitetskrav och resultat för medarbetare, den enskilde och övriga medborgare. Ledningssystemet bildar en grund och är en förutsättning för att identifiera brister, vilket i sin tur skapar ett underlag för systematiskt kvalitetsarbete.

## **Ansvar för patientsäkerheten**

### **Vårdgivare**

Äldrenämnden svarar för hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen och utgör ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Genom upphandling och avtal med äldrenämnden bedrivs hälso- och sjukvård av kommunal utförare och enskilda privata utförare. Respektive utförare är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som de bedriver.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

MAS är en befattning som är reglerad i HSL. I MAS uppdrag ingår uppföljning över att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområden samt att utveckla den kommunala hälso- och sjukvården med hög kvalitet och patientsäkerhet i fokus. MAS ansvarar för att det finns riktlinjer för hälso- och sjukvård och att rutiner gällande läkemedelshantering och delegering är säkra och välfungerande. MAS anmäler enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO) på delegation från nämnden. MAS verktyg för att styra och utveckla hälso- och sjukvården är kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård som finns på kommunens webbsida samt genom information och nyheter som kontinuerligt läggs ut på webbsidan.

### **Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR**

Sedan 2013 finns MAR i kommunen med tillhörighet på omsorgskontoret och med koppling till kvalitets och utvärderingskontoret. Om ett verksamhetsområde i huvudsak innefattar verksamhetsområdet rehabilitering får en arbetsterapeut eller fysioterapeut fullgöra uppgiften som medicinskt ansvarig för detta område. I MAR uppdraget ingår uppföljning att patienter får en säker och ändamålsenlig rehabilitering samt att utveckla den med hög kvalitet och patientsäkerhet i fokus. MAR ansvarar för att det finns riktlinjer för rehabilitering och att rutiner gällande delegering är säkra och ändamålsenliga. MAR ansvarar för att rutiner finns gällande medicintekniska produkter. MAR anmäler enligt lex Maria till IVO. Verktyg för MAR att styra och utveckla rehabiliteringen med är kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård som finns på kommunens webbsida. MAR medverkar också för samsyn kring hjälpmedelsförsörjningen i länet, följer forskning och utveckling inom hjälpmedel/ välfärdsteknologi samt medverkar i regelbunden revidering av länsgemensamt regelverk.

### **Verksamhetschef**

Verksamhetschef i respektive verksamhet ansvarar enligt HSL för att de tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt leder verksamheten i enlighet med lagstiftningen. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. I uppdraget ingår att ansvara för att alla medarbetare har kännedom om och förutsättningar att följa verksamhetens upprättade rutiner. Verksamhetschef ska tillse att varje medarbetare har relevant utbildning och kompetens för att kunna utföra sitt arbete.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalens personliga ansvar gentemot patienten regleras i patientsäkerhetslagen, där det framgår att de själva bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Legitimerad personal och omsorgspersonal som mottagit delegering för hälso- och sjukvårdsinsatser är skyldig till att upprätthålla hög patientsäkerhet och ansvara för att utföra sitt arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, lagar, riktlinjer och rutiner. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska personalen rapportera samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Struktur för uppföljning

- Vårdskador och tillbud rapporteras av verksamheterna i Treservas avvikelsemodul och redovisas årligen till nämnd.
- Uppföljning av registrering i Senior alert.
- Uppföljning av resultat i Svenska palliativregistret.
- Uppföljning av resultat i BPSD-registret.
- MAS och MAR genomför utredningar och följer upp allvarliga händelser samt anmäler enligt lex Maria till IVO.
- Samtliga verksamheter redovisar årligen lokal [läkemedelsinstruktion](#) till MAS.
- MAS och MAR inhämtar kvalitetsindikatorer årligen från verksamheterna.
- Verksamheterna ansvarar för egenkontroller.
- Verksamhetsuppföljningar tillsammans med kvalitets- och utvärderingskontoret, enligt nämndens kvalitetsuppföljningsplan.

## Samverkan

- I avtal mellan kommunen och Region Östergötland regleras läkarmedverkan i särskilda boenden samt i ordinärt boende.
- MAS och MAR samverkar med planeringsledare vid framtagande av förfrågningsunderlag.
- Verksamhetsråd med planeringsledare, MAS, MAR och utförare.
- MAS och MAR medverkar minst en gång per år vid respektive utförarens möten för legitimerad personal.
- Avtal och samverkansmöten mellan kommunen och patientnämnden gällande rapportering om vårdskador och klagomål från medborgarna.
- Avtal mellan kommunen och Region Östergötland gällande uppsökande verksamhet avseende munhälsobedömningar.
- Samverkan med Region Östergötland och MAS/ MAR gällande avvikelser huvudmännen emellan.
- Länsövergripande projekt bedrivs gällande Nationellt fackspråk, gemensamma termer, begrepp och informationsstruktur, ICF.

- Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp, MALG, med länets samtliga MAS och MAR.
- MAS/MAR samverkar med enheten för IT- och eHälsa gällande bl.a. införandet av Nationellt fackspråk.
- Länets fem MAR samverkar kring rehabiliteringsfrågor.
- Länets fem MAR samverkar kring rehabiliteringsfrågor med MAR i Jönköping, Kalmar och Västervik.
- Nätverk för länets MAR och hjälpmedelskonsulter.
- Läns gemensamt hjälpmedelsråd.
- Linköpings kommuns hjälpmedelsråd.
- MAR medverkar i regelbundna möten med verksamhetschef från Kommunrehab och Rörelse och hälsa, Region Östergötland
- MAS och MAR medverkar tillsammans med enheten för IT- och eHälsa i arbetsgruppen eHälsa och juridik med chefsjurist.
- Samverkan med Vårdhygien i Region Östergötland.
- Samverkan mellan Region Östergötland och länets kommuner gällande riktlinjer vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

### **Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits 2016**

- Uppföljning av registrering i Senior alert och resultat i Svenska palliativregistret samt BPSD.
- Händelseanalys och utredning genomförs i respektive verksamhet vid allvarlig händelse.
- Hälso- och sjukvårdsriktlinjer revideras löpande och nya upprättas.
- Revidering av MTP rutin pågår.
- Lokal rutin för ansvarsfördelning av MTP har upprättats men ännu inte publicerats i väntan på revidering MTP rutin.
- Kommunens ansvar gällande rehabilitering har förtydligats i förfrågningsunderlag.
- Läns gemensam rutin för läkemedelshantering har reviderats och implementerats.
- Uppföljning av hälso- och sjukvårdsområdet i samband med kvalitets- och utvärderingskontorets verksamhetsuppföljningar.
- Länsövergripande arbetsgrupp om samverkan för patientsäker vård vid behov av enteral nutrition.
- Regelbundna möten har hållits mellan kommunerna i centrala länsdelen och Vårdhygien Region Östergötland.
- Möten har hållits mellan Linköpings kommun och Vårdhygien Region Östergötland för att planera utbildning i basal vårdhygien gentemot utförarnas legitimerade personal, omsorgspersonal samt verksamhetschefer.
- Checklista för utskrivning av patienter från slutenvården till kommunal hälso- och sjukvård är upprättad.

## Kompetensutveckling

- Utbildning till sjuksköterskor gällande handhavande och skötsel av kateter har erbjudits från Region Östergötland.
- Utbildning för sjuksköterskor i farmakologi av Linköpings kommuns äldreapotekare.
- Utbildning för undersköterskor till specialistundersköterska.

## Hemsjukvårdsreformen

I januari 2014 övertog kommunen ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende enligt avtal mellan dåvarande Landstinget i Östergötland och samtliga kommuner i länet. Övertagande av hemsjukvården i Linköping har skett genom avtal om hemsjukvård i ordinärt boende med Leanlink Äldreomsorg, Leanlink Kommunrehab, Leanlink Råd & Stöd samt Vis Vitalis Omsorg AB. Antalet patienter har ökat sedan verksamhetsövergången och 2016 har kommunen totalt cirka 1 200 patienter.

FoU-enheten har även 2016 utfört regionala uppföljningar av reformen som bland annat visar att antalet besök och personer med behov av somatisk hemsjukvård är fler i hela länet än de beräkningar som utfördes inför skatteväxlingen. Vid uppföljningar har det även visat sig att många av dem som har behov av somatisk och/eller rehabiliterande hemsjukvård också har hemtjänstinsatser av något slag. Detta tydliggör betydelsen av samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård kring våra patienter.

I den somatiska hemsjukvården fortsätter den nationella sjuksköterskebristen medföra att rekrytering och nödvändig bemanning är mer kostsam än vad skatteväxlingen gav i resurser.

Fortsatta utvecklingsbehov finns gällande samverkan mellan kommunen, primärvård och specialistkliniker på Universitetssjukhuset. Det behöver upprättas fler vård- och rehabiliteringsplaner för att ge en säker vård och för att undvika onödig återinläggning på sjukhuset. I flera fall är läkaransvaret otydligt vid hemgång varför arbetet med att tydliggöra detta behöver fortsätta.

Det finns inte några tecken på att behovet av hemsjukvård kommer minska i landets kommuner. Tvärtom leder den medicinska utvecklingen till att allt fler patienter kan vårdas i hemmet istället för på sjukhus. Den demografiska utvecklingen visar också att vi blir fler och fler äldre med behov av både hälso- och sjukvård och omsorg i hemmet oavsett boendeform.



## Läkemedelshantering

MAS upprättar riktlinjer för [läkemedelshantering](#), vilka ska följas av samtliga utförare som har avtal med nämnden. Riktlinjer för läkemedel är det hälso- och sjukvårdsområde vilket är mest detaljerat och reglerat och det styrs b.la. av Socialstyrelsens [föreskrift](#).

Det är viktigt att samtlig personal oavsett utförare hanterar läkemedel på ett så likvärdigt sätt som möjligt. Kommunens riktlinjer för läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av samtlig berörd personal, vilket ingår i verksamhetschefens ansvar. Strategin för att säkra läkemedelshantering är att samtlig personal följer kommunens riktlinjer, att utförarna har avtal med externa granskare vilka kontrollerar läkemedelshantering och att de [lokala instruktionerna](#) är korrekt upprättade och följs. Rutinerna för hantering och ansvarsfördelningen gällande läkemedelshantering har redovisats till MAS av respektive verksamhet.

Under 2016 har länets kommuner och Region Östergötland publicerat nya [riktlinjen för läkemedelshantering](#). Syftet är att uppnå en enhetlig läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård i Östergötland. Riktlinjen är gemensam för slutenvård, öppenvård, primärvård, kommunal vård och tandvård.

## Äldreapotekare

Läkemedelsbehandling är en av de mest vanliga interventionerna i sjukvården. Personer över 80 år använder idag närmare sex läkemedel per person. För multisyjuka äldre kan man visa på siffror upp till tio läkemedel per person. Det stora antalet läkemedel ökar risken för problem med bland annat biverkningar och oönskade interaktioner. Resultat från nationella projekt och studier visar på behovet av att öka kvaliteten i äldres personers läkemedelsanvändning.

År 2015 beslutade äldrenämnden om en kommunal äldreapotekare för att kvalitetssäkra läkemedelsanvändningen utifrån ett kommunalt ansvar. Ett samverkansavtal tecknades med Region Östergötland och [Klinisk farmakologi](#), med start januari 2016, för att långsiktigt arbeta med kvalitetssäkring av äldre personers läkemedelsanvändning inom kommunens ansvarsområde. Samarbetet är en fortsättning på det arbete som inleddes under år 2010 gällande läkemedelsgenomgångar. Samarbetet mellan kommunen och Region Östergötland ska syfta till att kvalitetssäkra äldre personers läkemedelsanvändning. Detta ska ske genom bl.a. kompetensutveckling av kommunens omvårdnadspersonal, vilket förväntas leda till bättre möjligheter att identifiera och åtgärda läkemedelsrelaterade problem. Samarbetet ska även leda till att stärka samverkan mellan huvudmännen avseende äldre personers läkemedelsanvändning och bidra till att den kompetens som byggs upp bibehålls inom kommunen och Region Östergötland.

I syfte att uppfylla ovannämnda samverkansområden har äldreapotekaren från klinisk farmakologi utfört följande insatser:

- Initierat och medverkat vid läkemedelsgenomgångar
- Medverkat i vård- och omsorgsplanering vid utskrivning av patienter från slutenvården till särskilt boende.
- Fastställt rutin för biverkningsrapportering som publicerats på kommunens webbsida.
- Genomfört utbildning för kommunens omsorgspersonal inom läkemedelshantering.
- Genomfört utbildningar för kommunens sjuksköterskor inom terapiområden hjärtsvikt, KOL och smärta.
- Medverkat i fallpreventionsvecka genom att föreläsa om läkemedel.
- Informerat kommunens sjuksköterskor om tillgången till LiLi (Läkemedelsinformationscentralen), instansen de har vänt sig till med olika läkemedelsfrågor

### **Läkemedelsgenomgång**

Utifrån Socialstyrelsens författning [SOSFS 2012:9](#) om krav på läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse har Region Östergötland tillsammans med kommunerna i Östergötland upprättat en riktlinje, [Enkel läkemedelsgenomgång inom hemsjukvård](#) som anger hur och när en läkemedelsgenomgång ska genomföras.

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade läkemedel och innefattar analys, omprövning och uppföljning av läkemedelsbehandling i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts av läkare tillsammans med äldreapotekare och involverad personal på tre av kommunens äldreboenden. Kommunens äldreapotekare har bidragit med läkemedelsfrågor som berör det kommunala ansvaret genom bland annat att utöka kunskapen kring farmakologiska och icke farmakologiska behandlingsval och varit stöd i läkemedelsfrågor för vårdpersonalen på boenden.

Läkemedelsgenomgångarna resulterade i sin helhet i följande åtgärder:

- Utsättning
- Dosökning
- Dosminskning
- Byte av läkemedel
- Insättning av läkemedel
- Förslag till val av icke-farmakologiska behandlingsåtgärder

För majoriteten av patienterna resulterade genomgången utsättning av läkemedel med oklar eller utan indikation, olämpliga läkemedel för äldre

och dosjustering i förhållande till patientens njurfunktion och ålder samt ändring av behandlingsval enligt tillgänglig evidens och aktuella rekommendationer. Exempel på olämpliga läkemedel för äldre som sattes ut var flunitrazepam (långverkande bensodiazepin som används mot sömnbesvär) och Tramadol (svag opioid som kan orsaka illamående och förvirring).

Läkemedelsgenomgångarna resulterade i individanpassning av patienternas läkemedelsbehandling inom framförallt följande diagnoser, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), astma, hjärtsvikt, hypertoni, smärta, demens och BPSD. Antalet slentrianmässigt förnyade ordinationer med oklar eller utan indikation minskade. Antalet D-interaktioner<sup>1</sup> och även C-interaktioner minskade. Varje genomförd läkemedelsgenomgång resulterade i minst tre till fyra åtgärder av läkemedelsrelaterade problem som förekommit hos patienten i fråga.

Hos nästan alla patienter som erhöll en läkemedelsgenomgång bedömdes åtgärden ha positiv effekt på livskvalitén. Patienterna upplevde färre biverkningar i form av mindre eller ingen förekomst av huvudvärk, minskad trötthet samt minskad eller ingen yrsel. Föreslagna åtgärder bidrog aktivt till att förbättra behandlingsbilden för patienterna. Dessutom bidrog det till ett praktiskt lärande för personalen som kom även andra patienter till del på det aktuella boendet.

## Delegering

Enligt [Socialstyrelsens föreskrift](#) finns möjlighet för legitimerad personal att delegera hälso- och sjukvårdsinsatser till annan personalkategori med reell kompetens. Delegeringsförfarandet ska följa kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer som innefattar utbildning, skriftligt kunskapstest, uppföljning och handledning. Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjen följs och att personalen har kompetens att ta emot delegering. Delegeringsbeslutet är personligt och kan innehålla flera olika delegerade arbetsuppgifter. Delegering får inte förekomma slentrianmässigt eller för att lösa personalbristsituationer. Under vissa omständigheter kan det vara fördelaktigt ur såväl vårdgivares som patienters perspektiv att överlåta hälso- och sjukvårdsuppgifter. Detta kan vara när det är förenligt med kravet på god och säker vård, ex. för att upprätthålla personalkontinuiteten kring patienten. [Delegeringsbeslutet](#) ska omprövas minst en gång per år eller när omständigheterna påkallar det och omedelbart återkallas om det inte längre är förenligt med god och säker vård. Enligt avtal har utförarna skyldighet att säkerställa bemanningen för att uppfylla kravet på delegeringsförfarandet.

---

<sup>1</sup> Interaktioner klassificeras från A till D. C-interaktioner definieras som kliniskt betydande, men de ska kunna hanteras med exempelvis dosjustering. D-interaktioner är kliniskt betydande och bör undvikas

## Hygien och smittskydd

I hälso- och sjukvårdslagen anges att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och [föreskriften basal hygien i vård](#) och omsorg ska följas. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet i alla former av vård och omsorg. Riktlinjer för [basala hygienrutiner](#) finns i kommunens hälso- och sjukvårdrutiner.

Enligt uppmätta kvalitetsindikatorer år 2016 finns sammanlagt 14 personer i särskilt boende, med multiresistenta bakterier, vilket är fyra mer än föregående år. I hemsjukvård ordinärt boende finns sju personer med multiresistenta bakterier två färre än år 2015.

I förfrågningsunderlaget har krav på egenkontroller avseende följsamhet till basala hygienrutiner skärpts fr.o.m. 2012. Ingen allvarlig avvikelse har under året rapporterats gällande smittspridning.

Gemensamt avtal har under 2015 tecknats mellan Vårdhygien på Region Östergötland och kommunerna i centrala länsdelen gällande samverkan i särskilda boenden. För hemsjukvård i ordinärt boende finns samverkansavtal utifrån skatteväxlingen 2014. Ett utbildningsprogram har utvecklats som kommer att erbjudas alla yrkeskategorier och utförare av vård och omsorg.

## Redovisning av avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Kommunen har [riktlinjer](#) om avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet som samtliga utförare ska följa. Den personal som upptäcker en händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapportera händelsen till vårdgivaren och registrera den i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Respektive verksamhetschef ansvarar för att bedöma allvarlighetsgraden/konsekvenser av inträffade avvikelser. Antal avvikelser har ökat från föregående år se tabell 1.

**Tabell 1** Rapporterade avvikelser 2013-2016, äldreomsorg

Händelse	2013	2014	2015	2016
Läkemedelsavvikelser	1 266	2 337	2 528	2 954
Fallolyckor	3 305	3 673	4 216	4 461
Rehabilitering/ MTP		60*	76	46
Övriga avvikelser	316	112	66	137
<b>Totalt</b>	<b>4 887</b>	<b>6 182</b>	<b>6 886</b>	<b>7 598</b>

\*tidigare har ej rehabiliteringsavvikelser redovisats

## Läkemedelsavvikelser

Av 2 954 rapporterade läkemedelsavvikelser bedömdes 14, fem fler än föregående år, som risk för allvarlig skada/allvarlig skada varav tio har anmälts enligt lex Maria och fyra har utretts av MAS. Anmälningarna enligt lex Maria berörde dubbel dos läkemedel, uteblivna läkemedel och läkemedelsförväxlingar. Äldrenämnden informeras fortlöpande vid lex Maria anmälningar. De allvarliga läkemedelsavvikelserna ledde inte till någon konsekvens för patienterna men har ändå bedömts som allvarliga då det utgör risk för allvarlig skada. ”Mindre skada” bedöms när patienten fått mindre och inte allvarlig konsekvens t.ex. ett avbrott i sin behandling vid utebliven tablett. Exempel på avvikelser är; doser som inte överlämnats, förväxling av läkemedel och feldosering.

Tabell 2 Läkemedelsavvikelser 2013-2016 fördelat per konsekvens

Konsekvens	2013	2014	2015	2016
Ej bedömd	225	518	1 410	961
Ingen skada	930	1 462	925	1 128
Mindre skada	101	345	184	112
Allvarlig skada*	10	12	9	14
<b>Totalt</b>	<b>1 266</b>	<b>2 337</b>	<b>2 528</b>	<b>2 954</b>

\*Innefattar även risk för allvarlig skada

Antal läkemedelsdoser som delas varje år inom äldrenämndens område uppskattas till 2,1 miljoner. Detta innebär en avvikelsefrekvens på cirka 0,1 promille.

## Fallolyckor

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och risken att falla ökar med stigande ålder. Vissa typer av läkemedel utgör en ökad risk för fallolyckor. Andra riskfaktorer är exempelvis underliggande sjukdomar, låg kroppsvikt, muskelsvaghet och gångsvårigheter. Fallskador orsakar lidande för den som drabbas och kostnader för samhället. Fallskadorna kan minska om förebyggande åtgärder sätts in. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram ett [åtgärds paket](#) som innehåller råd och anvisningar för hur verksamheterna kan arbeta systematiskt med att förebygga fall och fallskador. Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ger ut [stödmaterial](#) om äldres säkerhet.

Viktiga åtgärder för att förhindra fall och fallskador är att kontinuerligt bedöma risken för att falla och att sätta in förebyggande åtgärder. Riskbedömningar och planerade åtgärder ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Verksamheterna är ansvariga för att riskbedöma personer över 65 år gällande fallolyckor och vidta nödvändiga/relevanta åtgärder. En

höftfraktur föregås ofta av flera fall och varje verksamhet ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omsorgspersonal bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet.

Antal rapporterade fall har ökat, se tabell 3, fall med mindre skada (ex blåmärke, skrapsår) var under perioden 972. Antal fall med allvarlig skada var 39. En fallolycka har anmälts enligt lex Maria gällande felaktigt handhavande av lyftsele.

**Tabell 3** Fallolyckor 2013-2016 fördelat per konsekvens

Konsekvens	2013	2014	2015	2016
Ej bedömd	436	860	1 304	891
Ingen skada	2 294	2 012	2094	2 559
Mindre skada	527	741	767	972
Allvarlig skada	48	60	51	39
<b>Totalt</b>	<b>3 305</b>	<b>3 673</b>	<b>4 216</b>	<b>4 461</b>

Rapporterade fallolyckor har ökat totalt men fallolyckor med allvarlig skada har minskat. Registreringar i Senior Alert har ökat, se nedan i tabell fyra, vilket egentligen borde leda till minskning av antal fallolyckor. Verksamheternas förebyggande åtgärd vid risk för fall har dock minskat vilket kan vara en förklaring till att fallen inte minskat totalt sett. Verksamheterna behöver förbättra sitt kvalitetsarbete med att välja förebyggande åtgärd för att minska antal fall.

Fallolyckor som inte är bedömda har inte hanterats korrekt av verksamhetsansvariga dock har de minskat. Vid verksamhetsuppföljningar av MAS och MAR kommer följsamheten till kommunens riktlinje [Avvikelsehantering och systematisk kvalitetsarbete](#) särskilt följas upp.

### **Avvikelser rehabilitering och medicintekniska produkter**

Antalet inrapporterade avvikelser inom rehabiliteringsområdet var totalt 46 (tabell 1). 32 av avvikelserna var utebliven ordinerad rehabilitering och 14 var relaterade till hjälpmedel/ medicintekniska produkter. 19 var bedömda som ingen skada, 8 mindre skada, 1 allvarlig skada samt 18 vilka inte var bedömda.

Antalet avvikelser inom rehabiliteringsområdet har oväntat minskat jämfört med föregående år. MAR har fått signaler från rehabiliteringspersonal att de inte har tid och förutsättningar för att skriva avvikelser, utan istället prioriterar det patientnära arbetet. MAR ser allvarligt på detta dels utifrån bemanningssituationen men även utifrån patientsäkerhetsarbetet kan bli lidande då avvikelser inte synliggörs.

MAR har påtalat för arbetsterapeuter och fysioterapeuter om vikten av att rapportering av avvikelser sker.

## Kommentarer

Antalet rapporterade avvikelser har ökat från föregående år vilket var förväntat. Det är viktigt att poängtera att det i sig inte är negativt att antalet rapporterade avvikelser ökar. Snarare ska det ses som en del i ett förbättrat kvalitetsarbete då det sannolikt finns ett mörkertal på icke rapporterade avvikelser. Vid jämförelse med andra kommuner har kommunen låg andel rapporterade avvikelser.

Verksamheterna har registrerat i Treserva vilka åtgärder som vidtagits ex arbetsplatsdiskussion, enskilda samtal med de personer som inte följt rutinerna, återkallade delegeringar samt justering av rutiner. Långsiktiga förbättringar har varit att förtydliga rutiner gällande signeringslistor, information samt återförande av åtgärdsplaner till personalen.

Den vanligaste orsaken till att avvikelser sker är att personalen inte följer de rutiner som verksamheten har upprättat. Det är verksamhetschefens ansvar att personalen följer och har förutsättningar att följa rutinerna för att en god och säker vård ska upprätthållas. Varje vårdgivare ska, med hjälp av underlag från avvikelserrapporteringen, arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet vilket redovisas i deras respektive patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelser som rapporteras av personalen ska verksamhetschefen konsekvensbedöma och om de bedöms som allvarliga ska MAS och MAR meddelas snarast. Avvikelser som inte är bedömda (se tabell 2 och 3) beror på att verksamhetscheferna inte följt kommunens riktlinje [Avvikelsehantering och det systematiska kvalitetsarbetet](#) där det framgår:

*Verksamhetschefen ansvarar för bedömning, utredning, åtgärder och återföring samt uppföljning (manual 602).*

MAS och MAR ser allvarligt på att verksamhetscheferna inte har bedömt samtliga avvikelser, eftersom det innebär att avvikelser inte blir hanterade korrekt. MAS har utfört stickprov på icke bedömda avvikelser och samtliga av dessa bedömdes som ingen skada. MAS, MAR och kvalitets- och utvärderingskontoret kommer vid verksamhetsuppföljning bevaka hur respektive vårdgivare arbetar med det systematiska patientsäkerhetsarbetet. MAS och MAR kommer även informera samtliga verksamhetsansvariga om bristerna i avvikelshantering och ställa krav på att de följer kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer. MAS och MAR har påbörjat ett förbättringsarbetet tillsammans med enheten för IT- och eHälsa för att säkra handhavandet av avvikelsemodulen.

En sammanställning av de avvikelser som finns registrerade i Treserva finns med som ett underlag i förberedelsearbetet inför kvalitets- och utvärderingskontorets framtida uppföljningar.

## **Patientnämnden**

Inom äldrenämndens ansvarsområde har 13 ärenden behandlats under 2016 av [patientnämnden](#), vilket är en ökning med sju ärenden från föregående år. Tre ärenden är från en och samma patient. Nio av dessa ärenden rör vårdboende, tre från hemsjukvård ordinärt boende samt ett ärende gällande hemtjänst. Dessa ärenden berör bl.a läkemedelshantering, fördröjd behandling, bemötande och kommunikation. Respektive verksamhet har hanterat sina ärenden. Fyra av dessa ärenden har omsorgskontoret och patientnämnden hanterat tillsammans. MAS och MAR har tillsammans med kvalitets- och utvärderingskontoret under året träffat patientnämnden regelbundet för att gå igenom ärenden inom äldrenämndens område.

## **Avvikelsehantering mellan Linköpings kommun och Region Östergötland**

Under året har 64 avvikelserapporter, 20 fler än föregående år rapporterats från Region Östergötland. Av dessa är 29 pågående efter årsskiftet. Exempel på avvikelserapporter är brister i informationsöverföring, brister i provtagningsförfarande och bristande dokumentation.

Från kommunen till Region Östergötland har 125 avvikelser rapporterats, 15 färre än föregående år. Region Östergötland har inkommit med 62 svar. Händelser som kommunen rapporterat var brister i överrapporteringar, uteblivna vårdplaneringar, bristande läkarkompetens under jourtid, bristande kommunikation, bemötande, otydliga eller felaktiga ordinationer eller recept.

Legitimerad personal i verksamheterna uppger att överrapporteringar från slutenvården brister i flera hänseenden men med anledning av tidsbrist rapporterar de inte alltid dessa avvikelser. Vid bristande överrapporteringar får legitimerad personal ägna avsevärd tid till att kontakta Region Östergötland för att efterfråga ordinationer och behandlingar. Detta tar tid i anspråk och sker på bekostnad av andra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

## **Synpunkter och klagomål**

[Gemensam rutin](#) för synpunkter och klagomål finns på kommunens hemsida samt i en informationsbroschyr. Berörd verksamhetschef utreder synpunkter och klagomål och ansvarar för att den som klagat får återkoppling inom sju dagar.

Under 2016 har 40 klagomål inkommit gällande hälso- och sjukvård vilket är en liten ökning från föregående år. I klagomålsärenden samarbetar äldreombudsman med MAS och MAR och vissa av klagomålen har lett till utredning av MAS eller MAR. I inkomna klagomål synliggör att många av patienterna i äldreomsorgen är sköra och multisjuka.



Flera ärenden som utretts av MAS visar att insatserna är relevanta och tillräckliga men att det brister i kommunikationen, vilket föranleder klagomål från anhöriga. Det är viktigt att som anhörig få upprepad information och möjlighet till att ställa frågor kring omvårdnad och sjukvård. Såväl omsorgspersonal som legitimerad personal har en viktiga roller i kommunikationen med patient och anhöriga. Äldreombudsman redovisar årligen en rapport för nämnden.

## **Sjuksköterska och arbetsterapeut på Universitetssjukhuset**

Biståndsbedömare på US har funnits sedan början av 2000- talet. De har säkerställt individens behov av socialtjänst. Sedan år 2014 har Linköpings kommun en sjuksköterska på US som arbetar tillsammans med biståndsbedömarna och sedan hösten 2015 även en arbetsterapeut. Ett av uppdragen är att säkra övergången från slutenvården till den kommunala vården gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Syftet är att få förbättrade förutsättningar att planera och förbereda för hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens korttidsboenden samt i hemsjukvård i ordinärt boende.

Äldrenämnden beslutade hösten 2015 att sjuksköterske- och arbetsterapeutresurserna på US skulle permanentas för att ytterligare förbättra vårdflödet huvudmännen emellan. En annan anledning var den nya lagstiftningen, ”Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård” vilken träder i kraft januari 2018 och som innebär kortare handläggningstider i samband med utskrivning från slutenvård än vad som är fallet idag. Vårdplaneringsteamet på US kommer också ha en viktig samverkan med Trygghetsteamet och Hemrehab.

Kommunsjuksköterska på US har tillsammans med MAS arbetat med ett länsövergripande utvecklingsarbete gällande patientomhändertagande för personer, oavsett huvudman, med behov av nutrition via nasogastrisk sond samt medverkat till att kvalitetssäkra rutiner mellan slutenvården och den kommunala hemsjukvården.

Arbetsterapeuten på US har samverkat med MAR och hjälpmedelskonsult gällande bland annat revidering av hjälpmedelsinstruktioner.

## **Senior alert**

År 2010 beslutade äldrenämnden att ansluta äldreomsorgen till Senior alert. Senior alert är ett webbaserat kvalitetsregister där personer som är 65 år och äldre registreras utifrån de risker som finns för att personen i fråga kan komma att falla, få trycksår, bli undernärd eller drabbas av ohälsa i munnen.

Samtliga av kommunens särskilda boenden ska registrera i registret och utföra åtgärder såvida inte personen motsatt sig det.

**Tabell 4** Registrerade riskbedömningar 2013-2016

År	2013	2014	2015	2016*
	Totalt antal	Totalt antal	Totalt antal	Totalt antal
<b>Registrerade riskbedömningar</b>	1 719	2 304	1 587	1 603
Riskbedömningar där risk för fall konstaterats	1 197	1 629	1 169	1 184
Riskbedömningar med risk för fall, som har planerad förebyggande åtgärd	879	1 329	970	964
Riskbedömningar där risk för trycksår konstaterats	455	642	462	396
Riskbedömningar med risk för trycksår, som har planerad förebyggande åtgärd	330	505	377	324
Riskbedömningar där risk för undernäring konstaterats	891	1 252	910	809
Riskbedömningar med risk för undernäring, som har planerad förebyggande åtgärd	630	998	753	648
Riskbedömningar där risk för ohälsa i munnen konstaterats			539**	546
Riskbedömningar med risk för ohälsa i munnen, som har planerad förebyggande åtgärd			377**	358

\*Uppgifter hämtade 170310 \*\*Uppgifter hämtade fr.o.m. 2015

Antal utförda riskbedömningar har ökat något sedan föregående år. Verksamheterna behöver intensifiera arbetet med riskbedömningar och åtgärder för att förhindra fall, trycksår, malnutrition samt ohälsa i munnen. Orsaker till att inte fler riskbedömningar och åtgärder är registrerade kan vara hög sjuksköterskeomsättning och tidsbrist. Det är verksamhetschef på respektive boende som ansvarar för att riskbedömningar utförs och att det finns förutsättningar för det.

## Tryckskada

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador som förorsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för samhället. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt blodcirkulation samt oförmåga att ändra läge på kroppen. En stor andel av trycksåren går att förebygga. SKL har tagit fram [åtgärds paket](#) och kunskapsunderlag för att minska förekomsten av trycksår.

Senior alert genomförde en punktprevalensmätning av trycksår hösten 2015. Mätningen utfördes i 143 kommuner på vårdboende och i

hemsjukvård ordinärt boende som visade att andel trycksår i kommunerna var 8 %.

Under hösten 2016 inhämtade MAS uppgifter, från verksamheterna inom äldrenämndens ansvarsområde, om förekomst av trycksår. Tabell 5 är en ögonblicksbild.

**Tabell 5** Förekomst av trycksår 2013-2016 särskilt boende

ÅR	Antal vårdtagare	Antal med tryckskada	Andel i %
2013	1 962	100	5,1
2014	1 999	97	4,8
2015	2 018	93	4,6
2016	2 071	102	4,9

Andel trycksår i särskilt boende har ökat något från föregående år. 47 % av trycksåren är lindriga (kategori 1 av 4) och de visar sig som en hudrodnad utan ett egentligt sår. Linköpings kommun har låg förekomst av antal trycksår i jämförelse med andra kommuner. En anledning till låg förekomst av trycksår kan vara uppmärksam personal som arbetar preventivt samt att det på servicehusen bor personer som generellt är friskare än personer på vårdboende.

**Tabell 5.1** Förekomst av trycksår 2015 och 2016 hemsjukvård ordinärt boende

ÅR	Antal vårdtagare	Antal med tryckskada	Andel i %
2015*	801	21	2,6
2016	838	10	1,2

\* Mäts första gången 2015

Andel trycksår hemsjukvård i ordinärt boende har minskat från föregående år. En anledning till att andelen av trycksår i hemsjukvård ordinärt boende är lägre än särskilt boende kan vara att de personerna är generellt mer fysiskt aktiva jämfört med de som bor på särskilda boenden.

## Nutrition

Med undernäring avses ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Det saknas aktuella data om förekomsten av undernäring inom hälso- och sjukvården men i Socialstyrelsens [Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016](#) nämns en äldre svensk studie som omfattade drygt 5 000 patienter. Undernäring bedömdes förekomma hos upp till 5 % av äldre som bor hemma och 28 % av individerna på äldreboenden.

Under hösten 2016 inhämtade MAS uppgifter från verksamheter, inom äldre- och vårdnämndens ansvarsområde, om förekomst av antal personer med BMI under 22, se tabell 6. Tabellen är en ögonblicksbild.

**Tabell 6.** Antal personer med BMI < 22 2013-2016

ÅR	Antal vårdtagare	Antal vårdtagare med BMI < 22	Andel i %
2013	1 962	381	19
2014	1 999	420	21
2015	2 018	393	19
2016	2 071	371	18

Andelen personer med BMI under 22 har förbättrats jämfört med föregående år.

Vid undernäring eller risk för undernäring ska verksamheten vidta nödvändiga åtgärder och sedan januari 2015 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ([SOSFS 2014:10](#)) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Föreskrifterna gäller verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen om insatsen avser hemtjänst eller särskilt boende. Vårdgivaren ska ha rutiner för att förebygga, identifiera undernärda patienter eller de som löper risk för undernäring och behandla undernäring.

### **Munhälsobedömningar, MHB**

Uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsan ska bedrivas gentemot de personer som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt till personer med omfattande behov av vård och omsorgsinsatser. Kommunen har avtal med Region Östergötland som upphandlar den uppsökande verksamheten. Intyg utfärdas till personer som är berättigade till MHB i både ordinärt och särskilt boende. Den enskilde kan dock fritt välja tandläkare som utför undersökning och eventuell tandvård.

Munhälsobedömningar för personer i särskilt boende kräver samarbete mellan tandvårdsutförarna och omsorgspersonalen. Enligt avtalet ska omsorgspersonalen ges möjlighet att delta i den utbildning som tandvårdsutföraren ger samt medverka vid munhälsobedömningen.

Tabell 7 visar resultatet av besökta boendeenheter, utförda MHB och andel utbildad personal i kommunen. I resultatet ingår samtliga särskilda boenden i hela kommunen men alla som bor där behöver inte uppsökande tandvård, eftersom de kan ha privat tandvård. Andelen utförda MHB står i relation till andelen berättigade, personer i livets slutskede är undantagna.

**Tabell 7.** Avser alla särskilda boende 2013-2016 i hela kommunen

ÅR	Andel besökta Boendeenheter	Antal utförda MHB	Andel utbildad personal
2013	90 %	95 %	67 %
2014	50 %	63 %	9 %
2015	83 %	90 %	57 %
2016	88 %	74 %	43 %

Under 2016 har Region Östergötland haft avtal med en utförare av uppsökande tandvård i Linköpings kommun. Under året har 1 avvikelserapporterats och åtgärdats.

## Dokumentation och Treserva

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser sker i verksamhetssystemet Treserva i respektive patients journal. Under 2016 har arbetet med nationella fackspråket Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) implementerats för legitimerad personal, vilket är en del av det nationella arbetet med den nationella strategin för e-hälsa. Syftet är att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd, underlätta kommunikation mellan olika verksamheter samt möjliggöra jämförelse av data nationellt och internationellt och kvalitetssäkra vården. I och med införandet av Nationellt fackspråk har patientjournalerna och vårdplaner kvalitetssäkrats eftersom all dokumentation arbetades igenom och uppdaterades i samband med de nya sökorden.

Efter anpassning utefter patientdatalagen, vårdgivare har delats upp i så kallade stuprör, krävs att användaren gör ett aktivt val av medarbetaruppdrag för att få åtkomst till aktuella patientuppgifter.

Träffar med verksamhetsombud för legitimerad personal har genomförts under året, i syfte att följa upp införandet av Nationellt fackspråk samt stötta och vägleda användarna i det dagliga arbetet. Under året har arbetet handlat om att följa upp arbetssättet med ICF-strukturen samt dokumentation i vårdplaner och användandet av KVÅ:er. I samarbete med verksamhetsombud har objektsspecialister arbetat fram stöddokument och gjort dem mer lättåtkomliga för användarna.

Grundutbildningen för legitimerad personal i Treserva erbjuds oftare än tidigare för att möta behovet i verksamheterna då det är stor omsättning av personal. Nytt utbildningskoncept har tagits fram för grundutbildningen, vilket bland annat möjliggör att användare kan få behörighet och kan dokumentera från första arbetsdag. Under året har en granskning av patientjournaler utförts. Syftet med granskningen var att säkerställa att dokumentationen i patientjournaler

inom äldrenämndens ansvarsområde följer gällande lagstiftningar, kommunens riktlinjer och instruktioner för kommunens verksamhetssystem Treserva, samt att erhålla ett underlag för kvalitetssäkring med målet att tillförsäkra patienten en god och säker vård. Granskningen genomfördes genom egenkontroll där vårdgivarna fick besvara tio frågor om uppgifter i patientjournalerna. Totalt granskades 81 patientjournaler i 39 olika särskilda boenden samt inom hemsjukvården. Resultatet av de granskade patientjournalerna visar att flera av de efterfrågade uppgifterna förekom i stor utsträckning. Samtidigt vittnar resultatet om att det finns delar i dokumentationsarbetet som kan förbättras. Resultatet av granskningen har delgetts objektspecialister för spridning i verksamheterna och anpassningar har genomförts i grundutbildningen. Under år 2017 kommer en liknande granskning att genomföras.

## Vård i livets slutskede

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister i syfte att ge underlag för kvalitetsutveckling och säkra vården för personer i livets slutskede. Samtliga dödsfall ska registreras av sjuksköterskan. Registret tillhandahåller inte information om antal förväntade dödsfall men ett riktmärke är att ca 40 % av alla dödsfall normalt sker i särskilt boende, vilket motsvarar parametern ”Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall”. Motsvarande siffra för ordinärt boende finns inte.

Tabell 8. Palliativa registret 2013-2016

Indikator	2013	2014	2015	2016*
	%	%	%	%
Läkarinformation till patient	73	78	70	66
Läkarinformation till närstående	82	83	78	81
Ordination av läkemedel mot smärta	93	83	94	96
Ordination av läkemedel mot illamående	76	86	91	93
Ordination av läkemedel mot oro och ångest	89	80	93	96
Ordination av läkemedel mot rosslig andning	90	75	93	94
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	86	89	88	87
Avliden utan trycksår	86	86	88	93
Erbjudande om eftersamtal	66	72	70	67
Munhälsan bedömd	62	62	71	64
Utfört validerad smärtskattning	23	22	24	28
Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall	35	33	33	36
Antal inrapporterade dödsfall	436 st	452 st	407 st	435 st

\* Resultat inhämtat 2017-04-28

Det är flera parametrar som har förbättras sedan föregående år. Resultatet för avliden utan trycksår har förbättrats. Validerad smärtskattning har ökat något men är fortsatt låg eftersom validerat instrument inte alltid

används när smärtskattning utförs. Sjuksköterskorna ska använda det instrumentet som finns att tillgå på Svenska palliativregistrets hemsida eller VAS (Visual Analogue Scale) vilket är ett instrument för att mäta smärta.

Ordination av läkemedel har förbättrats på samtliga indikatorer, vilket är positivt. Detta visar på förbättrad samverkan mellan läkare och sjuksköterska. Det är läkarens ansvar att det finns ordination på symtomlindring till patienter i livets slutskede för att de inte ska behöva vänta onödigt länge. Sjuksköterskor ska vara behjälpliga att påtala för läkaren att det ska finnas ordinationer på samtliga symtomlindrande läkemedel.

Läkarinformation till närstående har ökat medan läkarinformation till patient minskat, vilket är läkarens ansvar. Sjuksköterskor behöver vara behjälpliga med att påtala för läkaren när detta bör ske.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och erbjudande om eftersamtal har minskat. Erbjudande om eftersamtal till närstående är den enda parameter som även visar resultat från oväntade dödsfall. Den parametern har minskat under två år och behöver förbättras avsevärt. Vid samtliga dödsfall ska efterlevandesamtal erbjudas. Vid oväntat dödsfall kan det vara än viktigare för närstående att få information och kunna ställa frågor när någon hastigt och oväntat går bort.

En anledning till att fler inte är registrerade eller att resultatet av vissa parametrar minskar kan bero på omsättningen av sjuksköterskor i kommunen. Det råder brist på sjuksköterskor och utförarna måste därför ibland anlita bemanningsföretag. Detta kan till exempel medföra att det blir svårare att utföra efterlevandesamtal när den sjuksköterska som deltagit i vården inte är densamma som ska utföra efterlevandesamtalet.

## **Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD<sup>2</sup>**

BPSD-registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som det innebär. Syftet är att öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eftersom BPSD drabbar ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen men även för närstående.

I Linköpings kommun startade arbetet med BPSD-registret år 2012 vilket var en del i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”, som pågick till 2015. Under satsningen utgick prestationsbaserad ersättning till

---

<sup>2</sup> Symtom på BPSD kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

registrerande enheter. Certifierade utbildare i det nationella kvalitetsregistret BPSD bedriver utbildning till omvårdnadspersonal hos samtliga utförare av äldreomsorg i kommunen. I uppdraget ingår att genomföra nätverksmöten för administratörer i BPSD registret, vara stöd vid implementering av BPSD registret samt sprida kunskap om de nationella riktlinjerna för demensvård och demensomsorg.

**Tabell 9.** Antal signerade registreringar och antal personer 2013-2016

ÅR	Antal signerade registreringar	Antal personer
2013	185	138
2014	162	117
2015	148	115
2016	160	118

Antal signerade registreringar har ökat från föregående år. I Linköpings kommun fanns år 2016 422 platser i särskilt boende i vårdboende för personer med demenssjukdom. Antal signerade registreringar och antal personer borde därför vara fler. Verksamheterna behöver intensifiera arbetet med BPSD-registret. Orsaker till att inte fler registreringar har utförts kan vara hög sjuksköterske- och personalomsättning samt tidsbrist. Det är verksamhetschef på respektive boende som ansvarar för att registreringar utförs och att det finns förutsättningar för det.

**Tabell 9.1** BPSD registret 2013-2016

Indikator	2013	2014	2015	2016*
	Andel i %	Andel i %	Andel i %	Andel i %
Andel personer som har olämpliga läkemedel	63	55	46	30
Andel personer som verkar smärtfria	61	64	72	69
Andel personer som har en bemötandeplan	62	59	59	62
Andel personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	67	73	78	83
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	43	62	68	65

\* Resultat inhämtat 2017-04-28

Förutom att BPSD-registret kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD ger registret möjlighet att ta fram vissa kvalitetsindikatorer. Sedan föregående år har merparten av parametrarna förbättrats. Linköpings kommun har i jämförelse med riket bättre resultat gällande olämpliga läkemedel detsamma gäller för personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel. På parametern bemötandeplan, smärtfrihet och läkemedelsöversyn ligger kommunen lägre än riket, vilket är ett



förbättringsområde. Verksamheterna behöver ytterligare förbättra intern samverkan för att säkerställa bemötandeplan och extern samverkan med Region Östergötlands läkare för att säkerställa läkemedelsöversynen till samtliga personer med BPSD.

År 2017 kommer MAS och kvalitets- och utvärderingskontoret genomföra en uppföljning av hur arbetet med BPSD-registret fortskrider. Syftet med uppföljningen är att kartlägga hur utförarna i Linköpings kommun arbetar med registret samt att påvisa eventuella utvecklingsområden.

## **Rehabilitering**

Socialstyrelsens definition av rehabilitering lyder: ”insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” (SOSFS 2008:20).

Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade som omfattas av kommunens ansvar. Samtliga patienter som har behov av rehabilitering i form av fysioterapeutisk behandling eller arbetsterapeutisk behandling ska erbjudas detta av verksamheten. Behandlingen ska föregås av en arbetsterapeutisk och eller fysioterapeutisk bedömning där problem identifieras, mål formuleras samt en planering av åtgärder. Informationen ska dokumenteras i en vårdplan/ rehabiliteringsplan i Treserva. En bedömning ska utföras i samband med inflyttning och vid behov om det inte är uppenbart obehövligt. Vårdplanen/ rehabiliteringsplanen ska syfta till att tillgodose individens rehabiliteringsbehov samt säkra att rehabilitering blir en naturlig del i patientens vardag.

Arbetsterapeut och fysioterapeut ska instruera omsorgspersonalen i rehabiliteringsinriktat arbetssätt samt i aktuella patientärenden instruera/ delegera rehabiliteringsåtgärder. Ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt kännetecknas av att patientens förmåga tillvaratas samt att stöd ges för att bibehålla och utveckla funktioner och aktivitetsnivå. Detta ska ske utifrån individuella förutsättningar och önskemål så att individen kan uppnå goda levnadsvillkor och sträva efter ett självständigt liv. Verksamhetscheferna hos respektive utförare är ytterst ansvarig för att patienterna får sin rehabilitering tillgodosedd.

## **Uppföljning rehabilitering**

Under 2016 genomförde MAR tillsammans med äldreombudsman på kvalitets- och utvärderingskontoret en uppföljning inom området rehabilitering.

Uppföljningens syfte var att få en nulägesbeskrivning av rehabiliteringen i särskilt boende i Linköpings kommun och hur den uppfyller kommunens ansvar enligt gällande lagstiftning och styrdokument.

Ett genomgående intryck var att medarbetarna som medverkade i uppföljningen är kunniga, engagerade och gör ett gott arbete utefter de förutsättningar de har och att det många gånger överbryggar organisatoriska gränser och svårigheter. En sammantagen bedömning utifrån uppföljningens resultat var dock att det finns brister i efterlevnad till aktuell lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram. Bristande tillgång till rehabilitering indikerar att det inte är möjligt att leva upp till kommunens hälso- och sjukvårdsansvar och ingångna avtal gällande området rehabilitering. Möjligheter till rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och fysioterapeut är begränsade. Omsorgspersonal är en viktig aktör i rehabiliteringsarbetet och de utför insatser utifrån instruktion från arbetsterapeut och fysioterapeut. Uppföljningen påvisar brister i teamarbetet samt svårigheter att hålla rehabiliteringen igång över tid.

I Linköpings kommun särskiljs rehabiliteringsinsatser från förskrivning av personliga hjälpmedel i avtalen. Kommunrehab har förskrivningsansvar på alla särskilda boenden oavsett utförare, medan rehabiliteringsinsatserna ingår i samtliga utförarens ansvar. I uppföljningen framkom att denna organisatoriska uppdelning får negativa konsekvenser.

Resultatet påvisade också att det fanns brister i efterlevnaden av avtal mellan två utförare och äldrenämnden då dessa inte erbjöd arbetsterapeutinsatser.

Nämnden beslutade att uppdrag skulle ges till omsorgskontoret att kartlägga resurser för rehabilitering inom äldrenämndens ansvarsområde. Syftet med kartläggningen är att tydliggöra avtalsvillkor samt utveckla arbetssätt och organisation. Ett uppdrag gavs även att kartlägga och utveckla processen gällande hjälpmedelsförskrivning i särskilt boende. Åtterrapporering ska ske till äldrenämnden senast under hösten 2017.

### **Trygghetsteam**

Andelen äldre i befolkningen ökar samtidigt som medellivslängden blir allt högre. För att möta framtidens utmaningar har äldrenämnden avsatt medel under 2016-2018 för förebyggande åtgärder i form av samordnade omsorgs-, rehabiliterings och hälso- och sjukvårdsinsatser. Trygghetsteamet tillhandahåller dessa insatser sedan hösten 2016 för att öka möjligheterna för den enskilde att bo kvar i sin ordinarie bostad på ett tryggt sätt. Målgruppen för Trygghetsteamet är äldre personer som har nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada, sjukdom eller annat vilket ger svårigheter i personens livsföring och hälsa. Den enskilde ska bedömas ha potential att under tiden för

Trygghetsteamets insatser kunna återfå, bibehålla eller förbättra funktions- och aktivitetsförmågan.

Trygghetsteamet är en biståndsbedömd insats under fyra veckor där arbetsterapeut, biståndsbedömare, fysioterapeut, sjuksköterska och undersköterskor samverkar tillsammans med ordinarie hemtjänst.

Inför tillskapandet av Trygghetsteamet har MAS och MAR medverkat i en styrgrupp vilken leddes av planeringsledare på omsorgskontoret. Styrgruppen har bland annat utarbetat projektplan, uppdragsbeskrivning för Trygghetsteamet och dess medlemmar samt planerat för uppföljning av verksamheten.

### **Balansera mera**

[Myndigheten för samhällsskydd och beredskap](#), MSB har under flera år haft regeringens uppdrag att uppmärksamma och genomföra aktiviteter kring fallprevention. 2016 övergick uppdraget till Socialstyrelsen; att genomföra en kampanj i syfte att minska skadorna till följd av fallolyckor. Med kampanjen ville man öka medvetenheten om fallolyckors konsekvenser, öka medvetenheten om fallprevention, uppmärksamma vikten av att förebygga fallolyckor samt visa hur man själv kan påverka sin situation för att minska risken för fall. Den nationella kampanjen genomfördes 2016 under vecka 40 med rubriken [Balansera mera](#).

I maj 2016 tog omsorgs- och äldreförvaltningen genom äldreombudsman och MAR initiativ till att i Linköping samordna olika aktiviteter och aktörer under den nationella fallpreventionsveckan. Detta skedde genom ett uppstartsmöte dit såväl privata utförare som den kommunala utföraren inom äldreomsorgen inbjöds liksom representanter från Region Östergötland. Samtliga mötesdeltagare var positiva till ett samarbete. En arbetsgrupp vilken bestod av arbetsterapeuter, fysioterapeuter, äldreapotekare, kost och restaurangchef, undersköterska bildades. Föreläsningar och aktiviteter kring temat mat, medicin och motion, genomfördes i Skäggetorps servicehus, Hagdahlska huset seniorcenter samt på Åleryds vårdboende.

Efter genomförd fallpreventionsvecka hade arbetsgruppen ett uppföljande möte för att utvärdera och reflektera kring kampanjveckan. Samtliga i gruppen var positiva till och hade stöd från sina arbetsgivare att göra en gemensam satsning för år 2017.

### **Hjälpmedel/ medicintekniska produkter, MTP**

Kommunen har enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionshinder och därigenom bidra till möjligheten till aktivitet i det dagliga livet. Länets kommuner och Region Östergötland ansvarar för att besluta om vad

som kan förskrivas som hjälpmedel och vad som kan tillhandahållas.

### **Rehabilitering och hjälpmedel/ MTP**

Medicintekniska produkter kan förskrivas som ett led i rehabiliteringen för att kompensera nedsatt funktion eller aktivitetsbegränsningar eller för att förebygga komplikationer. Det är viktigt att hjälpmedelsförskrivningen är en integrerad del i rehabiliteringsprocessen och inte en isolerad åtgärd som ersätter annan behandling. Detta innebär att förskrivaren bör ta ställning till om behov finns av andra rehabiliteringsinsatser, vilka på ett bättre sätt kan bidra till en förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga innan förskrivning av hjälpmedel sker.

I kommunen finns utarbetade rutiner för ansvar gällande kontroll och underhåll av medicintekniska produkter. De ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska och det ska dokumenteras i journalen. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Under året har ett ärende anmälts enligt lex Maria till IVO gällande en fallolycka vid felaktigt handhavande av lyftsele.

I Linköpings kommun förskrivs hjälpmedel i samtliga särskilda boenden inom äldrenämndens ansvarsområde av arbetsterapeuter och fysioterapeuter anställda i Kommunrehab. Förskrivningarna sker utifrån patientens behov och följer det länsgemensamma regelverket gällande förskrivning av personliga hjälpmedel. Ovan nämnda modell för förskrivning av hjälpmedel i särskilda boenden innebär att det kring patienten finns arbetsterapeuter och fysioterapeuter från två olika vårdgivare, vilket kan skapa otydlighet för såväl patient som personal. MAR ser en risk för att patientsäkerheten kan äventyras när flera aktörer är inblandade och förordar istället att en och samma rehabiliteringspersonal ansvarar för hela rehabiliteringsprocessen, där såväl rehabilitering som hjälpmedelsförskrivning innefattas. MAR anser därför att samtliga arbetsterapeuter och fysioterapeuter oavsett vårdgivare får förskrivningsrätt av hjälpmedel.

### **Hjälpmedelskonsult**

Linköpings kommun har en hjälpmedelskonsult med tillhörighet på omsorgskontoret. Viss del av tjänsten är avsatt gentemot de övriga kommunerna i den centrala länsdelen samt till Region Östergötland.

Hjälpmedelskonsulterna har ett länsövergripande uppdrag där det ingår att säkerställa en likvärdig hjälpmedelsförsörjning i Östergötland och vara sakkunniga inom området. Uppdraget innefattar bland annat att vara stöd åt länets hjälpmedelsförskrivare i tolkning av det länsgemensamma ”Regelverk för hjälpmedelsförskrivning” bestående av hjälpmedelsförskrivning dvs. Hjälpmedelsguiden och Förskrivningsanvisningar. Hjälpmedelskonsulterna har också i

uppdrag att fastställa länets hjälpmedelssortiment i samråd med sortimentsgrupperna utifrån beslutat läns gemensamt regelverk. Hjälpmedelskonsulterna tar i samarbete med Hjälpmedelsrådet fram underlag inför revidering av det läns gemensamma regelverket. Andra ansvarsområden är att ta fram underlag för beslut vid särskilda prövningar, rekommendation om personlig förskrivningsrätt till hjälpmedelsförskrivare samt ansvara för obligatorisk förskrivareutbildning för länets hjälpmedelsförskrivare. Hjälpmedelskonsulterna har ett nära samarbete med länets MAR och MAS och vid behov även i andra forum. Tillsammans med Hjälpmedelsrådet bedriva omvärldsbevakning inom området hjälpmedel/ välfärdsteknologi.

### **Linköpings kommuns hjälpmedelsråd**

I Linköpings kommun finns ett hjälpmedelsråd där representanter från verksamheter inom såväl omsorgsnämndens som äldrenämndens ansvarsområde medverkar. Syftet med hjälpmedelsrådet är att inhämta och utbyta information inom hjälpmedelsområdet. Medverkande är arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt verksamhetschefer från såväl den kommunala utföraren som de privata. MAR och hjälpmedelskonsult medverkar i hjälpmedelsrådet där MAR är sammankallande.

### **Länsgemensamt hjälpmedelsråd**

I samband med hemsjukvårdsreformen beslutades om att ett länsgemensamt hjälpmedelsråd skulle tillskapas med uppdrag att arbeta för samsyn kring hjälpmedelsförsörjningen i Östergötlands län. Det läns gemensamma hjälpmedelsrådet ska på ett övergripande plan föra en dialog kring hjälpmedelsområdet och vilka behov som ska tillgodoses inom sjukvårdshuvudmannens ansvar samt följa forskning och utveckling inom hjälpmedel/välfärdsteknologi. Det läns gemensamma hjälpmedelsrådet ansvarar även för framtagande av förslag inför revidering av länsgemensamt regelverk efter inhämtande av underlag/synpunkter från hjälpmedelsgrupper, sortimentsgrupper, länsbrukarråd m fl.

Det läns gemensamma hjälpmedelsrådet representeras av länets kommuner och Region Östergötland. Ordförande har i uppdrag att vara sammankallande i såväl det läns gemensamma hjälpmedelsrådet som i länsbrukarrådet. Linköpings kommun representeras av MAR och verksamhetschef för Kommunrehab samt av hjälpmedelskonsult vilken representerar kommunerna och Region Östergötland i den centrala länsdelen.

Under 2016 påbörjades en diskussion i hjälpmedelsrådet om att införa SoS webbaserade förskrivareutbildning som obligatorisk för samtliga nya förskrivare i länet. Ambitionen är att utbildningen blir ett komplement till nuvarande obligatoriska introduktionsutbildning. Målsättningen är att stärka förskrivarnas kompetens kring förskrivningsprocessens olika delar samt öka kunskapen om lagstiftning kopplat till

hjälpmedelsförskrivning/MTP produkter. Denna kompetenshöjning bedöms även kunna bidra till ökad medvetenhet om och förmåga att bättre förutsäga och/eller bedöma risker kopplade till patientsäkerhet inom området rehabilitering/habilitering.

### **Länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning**

I samband med hemsjukvårdsreformen beslutades att länets kommuner och Region Östergötland skulle ha ett länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning oavsett boendeform, vilket trädde i kraft 15 juni 2014. Under 2016 har det länsgemensamma regelverket genomgått en revidering som innebär en viss utökning av sjukvårdshuvudmännens ansvar. Regelverket har efter ordinarie process i LGVO samt SVO fastslagits genom likalydande beslut i länets samtliga kommuner och Region Östergötland. De nya behovsområden som omfattas är bland annat hjälpmedel för fallskydd, höftskydd samt positioneringskuddar. Revideringen av det länsgemensamma regelverket innebär ökad möjlighet för säkerställande av patientsäkerheten inom äldrenämndens ansvarsområde.

### **Länsbrukarråd**

Brucar- och intresseorganisationernas möjligheter att bidra med synpunkter och kunskaper inom hjälpmedelsområdet ska beaktas i största möjliga utsträckning. I länet har brukarorganisationerna representation i länsbrukarrådet, vilket är ett viktigt forum för delaktighet i länets hjälpmedelsfrågor på grupp- och organisationsnivå.

### **Leverantör av hjälpmedel/ MTP**

Linköpings kommun har tillsammans med länets samtliga kommuner och Region Östergötland avtal med Hjälpmedelscentrum, en del av Sodexo, avseende hjälpmedelsförsörjning för invånare i Östergötland oavsett boendeform. Avtalet gäller fram till och med 2020-05-31 med möjlighet till förlängning upp till 5 år. Tillsammans med hjälpmedelsleverantören har det under 2016 hållits ett tjugotal olika sortimentgruppsmöten i syfte att utveckla och utvärdera samt ta fram funktionella krav på hjälpmedelssortimentet. Därutöver har styrgruppen för hjälpmedelsavtalet planenligt sammankallats vid 4 olika tillfällen under 2016. Linköpings kommun representeras i styrgruppen av MAR och hjälpmedelskonsult.

### **Äldrenämndens mål 2017 inom hälso- och sjukvård**

- Antal riskbedömningar ska öka med 2 % årligen (Senior Alert) från nuvarande nivå.
- Samtliga vårdboendeutförare ska registrera och genomföra åtgärder i BPSD registret till personer med demensproblematik.
- Erbjudande om eftersamtal till närstående vid samtliga dödsfall.

- Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket vid samtliga förväntade dödsfall.
- Antal allvarliga läkemedelsavvikelser ska minska.

### **Strategier för måluppfyllelse**

- Uppföljning av registrering i Senior alert och BPSD-registret samt resultatet i Svenska palliativregistret.
- Uppföljning av rapporterade avvikelser.
- Att öka kunskapen gällande läkemedelsrutiner och följsamheten till dessa genom att respektive verksamhetschef systematiskt arbetar för att höja kunskapen hos medarbetarna.
- Att samtliga verksamheter följer kommunens rutin för avvikelshantering och med hjälp av statistik från Treservas avvikelsemodul och utredningar analysera orsaken till allvarliga tillbud.

### **Slutord**

Antalet äldre ökar i Linköpings kommun och alltmer avancerad sjukvård sker inom äldrenämndens ansvarsområde. Fler operationer utförs högre upp i åldrarna, vilket kräver specifik eftervård och rehabilitering som i allt större grad faller på den kommunala hälso- och sjukvården. Denna utveckling pågår utan att antal legitimerad personal ökar hos någon av huvudmännen. Region Östergötland har svårt att rekrytera läkare till primärvården och från kommunens sida är vi beroende av att Region Östergötland har tillgång till läkare. Region Östergötland å sin sida är beroende av att kommunen har kompetent personal.

MAS/MAR noterar att trycket från sjukhuset är hårt med högt tempo på utskrivningar. Det ställer stora krav på kommunens vård- och omsorg, dels gällande att möta kompetensbehovet men även att arbeta så effektivt som möjligt. Samtidigt är det viktigt att Linköpings kommun erbjuder en bra arbetsmiljö och upplevs som en attraktiv arbetsgivare för att kunna attrahera såväl ny personal som att kunna bibehålla erfaren befintlig personal.

MAS har under året deltagit i Region Östergötlands utredning, Framtidens Nära Vård. Utredningen har definierat ”nära vård” som vård av vanligt förekommande sjukdomar, ofta förekommande insatser, vård som kräver väl fungerande samverkan mellan huvudmännen samt vård som ger nytta av att erbjudas/utföras hemma. De behovsgrupper som utredningen identifierat är personer som i stor utsträckning finns inom kommunens ansvarsområde. Slutsatserna i den första delen av utredningen resulterade bland annat om att samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunen ytterligare behöver effektiviseras.

Äldrenämnden som har fattat beslut gällande fortsatt sjuksköterske- och arbetsterapeutkompetens i vårdplaneringsteamet på US, kommunal äldreapotekare samt satsning på Trygghetsteamet har gått i linje med de ökade kraven på sammanhållen vård och omsorg. Under år 2017 kommer förberedelsearbetet inför ny lagstiftning, lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, påbörjas i kommunen tillsammans med utförare och Region Östergötland.

Den uppföljning av rehabilitering inom särskilt boende som genomfördes under året kan komma att få betydelse för utvecklingen av rehabiliteringen inom äldrenämndens ansvarsområde. Uppföljningen har även gjort avtryck i verksamheterna genom att området rehabilitering har hamnat i fokus. Exempel på detta är att en utförare genomfört en satsning på kompetensutveckling för arbetsterapeuter och fysioterapeuter gällande stroke och rehabilitering.

Kommunens äldreapotekare kommer inneha en fortsatt en viktig roll kring förbättrad läkemedelsanvändning särskilt inför den nya läkemedelsföreskriften som kommer ställa ännu högre krav på vårdpersonalen i den kommunala verksamheten att kunna känna igen läkemedelsrelaterade problem och även rimlighetsbedöma samt följa upp insatt läkemedelsbehandling.

Patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården kan förbättras i flera avseenden. Det finns utarbetade, lättillgängliga och kvalitetssäkrade riktlinjer och rutiner, nationella kvalitetsregister, instrument och verktyg för att säkra vården och det är respektive verksamhetschefs ansvar att varje medarbetare har förutsättningar för och möjligheter att följa dessa. Genom att följa upp och bedöma kvaliteten av de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamhet och kompetens hela tiden utvecklas. Brister som åtgärdas kontinuerligt bidrar till att förbättra kvaliteten i den kommunala hemsjukvården.

Uppföljning av patientsäkerheten sker löpande och i samband med verksamhetsuppföljning och upprättande av 2017- års patientsäkerhetsberättelse.