

---

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

Ulla Engström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

---

---

# Innehåll

Sammanfattning	3
<b>Struktur</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienter och närståendes delaktighet	8
Hälso-och sjukvårdens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	9
<b>Process</b>	<b>10</b>
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Utredning av händelser -vårdskador	11
Informationssäkerhet	11
<b>Resultat och analys</b>	<b>12</b>
Måluppfyllelse övergripande mål	12
Avvikelse	13
Risikanalyser	13

---

## Sammanfattning

Vårdgivaren (Sunne kommun) är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska också varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits föregående år, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

### **Pandemi**

Större delen av 2021 ägnades åt att hantera pandemin, inte minst genom att planera och genomföra vaccinationer.

Vaccinationer av patienter på särskilda boenden, inom hemtjänsten/hemsjukvården, samt inom LSS har tagit stora resurser i anspråk, både gällande tid och personal. Dessutom har vi tillsammans med regionen varit delaktiga i vaccination av vårdnära personal.

### **Ny hälso-och sjukvårdsjournal**

Införandet av ett nytt journalsystem påbörjades och till vår hjälp har en projektledare anställts som bland annat ska ansvara för utbildning till all legitimerad personal. Dokumentation enligt ICF och KVÅ är självklar del även i den nya journalen för att bibehålla en hög kvalitet på dokumentationen.

### **Läkemedelsrobotar**

Vidare har vi implementerat läkemedelsrobotar på några enheter: hemtjänsten Lysvik och inom Boendestöd. Allt i syfte att främja självständighet för de patienter som vill klara av sin läkemedelshantering själv.

### **Inventering av olämpliga läkemedel**

För 10:e året i rad inventerade vi förekomsten av läkemedel olämpliga till äldre personer. Inventeringen gjordes på kommunens samtliga särskilda boenden och inkluderade alla över 65 år. Resultatet delges bland annat läkarna på vårdcentralen Sunne.

### **Punktprevalensmätningar (PPM)**

Under 2021 har vi deltagit i nationella punktprevalensmätningar avseende följsamhet till ”Basala hygienrutiner” och ”Förekomst av trycksår”.

### **Nationella Kvalitetsregister**

Vi har fortsatt registrerat i Svenska palliativregistret och Senior alert. Resultatet har presenterats för distriktssköterskor/sjuksköterskor i syfte att diskutera vad som kan förbättras.

### **HALT-studie**

Vi deltog också i den nationella HALT-studien som mäter förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet med studien är att sätta fokus på slentrianmässig antibiotika användning och därmed minska antibiotikaresistens.

### **PU-sensor**

I syfte att tidigt upptäcka personer som har en ökad risk att utveckla trycksår har vi under året införskaffat och startat upp användandet av en PU-sensor på vårt korttidsboende. PU-sensorer bedömer en persons blodflöde i de ytliga vävnaderna.

---

## **Vårdhygien**

Ett långsiktigt arbete med vårdhygien påbörjades, bland annat genom att utse hygienombud på samtliga enheter/avdelningar/grupper. Dessutom blev följsamhetsmätningar av basala hygienrutiner och klädregler en del av vår interna kontroll. Varje år genomförs en nationell mätning (PPM-BHK), men vi kommer framledes dessutom genomföra ytterligare 3 följsamhetsmätningar i egen regi.

Hygienarbetet har av naturliga skäl legat högt på agendan även 2021 och vikten av att följa de basala hygienrutinerna har diskuterats i de allra flesta forum. Enhetschefer och legitimerad personal har delgetts informationsmaterial, utbildningsfilmer och länkar till hemsidor i syfte att kunna delge detta till all baspersonal.

Information från MAS har publicerats på intranätet, via mejl och via personliga möten. Informationsmöten har hållits med arbetsplatsombud.

### **Systematiskt patientsäkerhetsarbete**

Arbetet med att genomföra en nulägesanalys av kommunens patientsäkerhetsarbete påbörjades. Ett analysverktyg från SKR används och utifrån resultatet identifieras och prioriteras bland möjliga insatser för att stärka patientsäkerhetsarbetet.

I övrigt har patientsäkerhetsarbetet varit inriktat på att ge en god och säker vård till Covidsjuka patienter, men framför allt att förhindra att patienter drabbats av Covid-19.

Utbrott av Covid-19 har under året skett både på särskilt boende, boenden inom LSS och inom hemtjänsten. Dessutom har enstaka patienter smittats inom andra verksamheter.

Samverkan med Region Värmland har skett systematiskt och regelbundet under hela året och vi har känt ett stort stöd från bland annat Smittskydd Värmland, vilket påverkat patientsäkerheten positivt.

Mål att uppnå för 2021 var:

- Implementera NVP för samtliga palliativa patienter i hela verksamheten
- Minska antalet läkemedelsavvikelser i hemtjänsten med 20 %
- Förbättra resultatet vid den nationella mätning av följsamhet till basala hygienrutiner avseende användning av handdesinfektion före vårdåtgärder
- Fortsatt implementera nytt arbetssätt med ICF och KVÅ i den nya journalen och i större utsträckning analysera resultatet av statistiklämningen avseende KVÅ

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

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

Målet för 2022 är att:

### **All legitimerad personal ska ha genomgått utbildning Lifecare HSL**

All legitimerad personal inkl. vikarier ska ha genomgått grundutbildning och deltagit vid workshop. Detta innebär också att alla hälso-och sjukvårdsjournaler ska vara migrerade till Lifecare och all legitimerad personal ska känna en trygghet i hur man dokumenterar.

Strategi: genomföra utbildningar och workshops enligt plan. Uppdatera manualer och lathundar samt erbjuda stöd vid dokumentationstillfällen och fortlöpande.

### **Minska antalet läkemedelsavvikelser inom LSS**

En mycket viktig del i patientsäkerhetsarbetet är en säker läkemedelshantering med fungerande rutiner som är kända av alla.

Strategi: I större omfattning analysera läkemedelsavvikelserna och involvera ansvariga sjuksköterskor/distriktssköterskor tillsammans med respektive enhetschef i åtgärderna att minska antalet avvikelser. Regelbundet presentera statistik över inkomna läkemedelsavvikelser samt säkerställa att all baspersonal känner sig trygga med hur man signerar i MCSS.

### **Genomföra 4 mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler under året**

Delta i den nationella mätning PPM-BHK (v.11 och 12) samt därutöver genomföra ytterligare 3 följsamhetsmätningar i egen regi. Resultatet registreras i den nationella databasen och delges den egna enheten i syfte att kunna diskutera det egna resultatet.

Strategi: Stötta de utsedda hygienombuden i genomförandet genom att förse dem med material och information samt svara på frågor.

### **Genomföra analysverktyget för en stärkt patientsäkerhet**

Stödja utvecklingen av kommunens patientsäkerhetsarbete.

Strategi: Använda det av Socialstyrelsen framtagna analysverktyget för att: genomföra nulägesanalys, identifiera utmaningar, identifiera och prioritera insatser samt skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner för patientsäkerhetsarbetet.

---

## Organisation och ansvar

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

### Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren, kommunstyrelsen i Sunne kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategi för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

### MAS ansvar

MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.

MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på patientsäker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas senast den 1 mars varje år. I Sunne kommun har medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar för att upprätta denna berättelse.

### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser vård av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att styra, följa upp och utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

### Enhetschefers ansvar

Enhetschefers ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso- och sjukvård.

Enhetschefer ansvarar också för att rutiner följs, avvikelser rapporteras samt att åtgärder initieras i samverkan med övriga yrkesfunktioner som till exempel sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### Hälso-och sjukvårdspersonals ansvar

Legitimerad personal (samt delegerad baspersonal) ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera till vårdgivaren risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är således fördelat mellan, vårdgivaren, verksamhetschef, enhetschefer, hälso-och sjukvårdspersonal och MAS.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande forum för samverkan finns:

- **Lokalt samverkansavtal mellan Sunne kommun och vårdcentralen i Sunne.** Detta avtal reglerar hur vi ska samverka bland annat med gemensamma träffar och läkartillsyn. Dessutom genomförs regelbundna **avstämningar med samordnings-sjuksköterskan på vårdcentralen** gällande patienter som ligger på länets sjukhus och planeras hem.
- Träffar med representanter från Torsby sjukhus och vårdcentralerna och kommunerna i norra Värmland s.k. **NÄSAM-träffar.**
- **Nätverk för samverkan mellan länets MASar och Läkemedels-enheten** på regionen.
- Samt ett länsövergripande **nätverk för länets MAS/MAR** med tillhörande arbetsgrupper.
- Länsövergripande **arbetsgrupper för utskrivningsklar och Cosmic Link.**
- Vidare finns ett **nätverk för hjälpmedelsfrågor** i Värmland med representation från Värmlands kommuner och region Värmland.
- Ett **nätverk för samverkan med Smittskydd Värmland.** Samtliga kommuner i Värmland deltar med utsedda sjuksköterskor och MAS.

Under 2021 har vissa av dessa nätverk varit vilande och i stället har länets MASar haft veckovisa avstämningar med Region Värmland. Smittskydd Värmland har varit en viktig aktör vid dessa träffar där Coronarelaterade frågor, hygien, vaccinering och läkemedelshantering har diskuterats.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vid utredningar i samband med inkomna klagomål eller synpunkter eftersträvas alltid att ha en dialog med patienten eller dennes närstående. Under pandemin har mycken kraft lagts på att närstående ska känna sig informerade och delaktiga.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet**

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

Avvikelse inom hälso- och sjukvården rapporteras på avvikelseblankett av den som upptäcker avvikelsen. Avvikelsen lämnas därefter till ansvarig legitimerad personal som ansvarar för att registrera avvikelsen i vårt avvikelssystem.

Bevakning skickas till MAS, ansvarig enhetschef samt i förekommande fall arbetsterapeut och sjukgymnast.

Avvikelse gentemot andra vårdgivare rapporteras till MAS som vidarebefordrar dessa vidare.

Under 2021 skickade vi 10 avvikelser till Region Värmland och 1 avvikelse till Värmlandstrafik varav de flesta gällde brister i informationsöverföring.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter tas emot skriftligt eller muntligt. Den som tar emot klagomålet ansvarar för att klagomålet blir dokumenterat. Inkomna skriftliga klagomål diarieförs vid ankomst. Inkomna klagomål bevaras alltid skriftligt. Inkomna klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvård utreds av MAS, berörd enhetschef och i förekommande fall sjuksköterska/arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Vid klagomål informeras alltid om möjligheten att vända sig till Patientnämnden för att få hjälp med att föra fram ett klagomål.



---

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Jämförelser av egna verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister	1 gång/år	Svenska palliativregistret Senior alert BPSD SveDem
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger/år	PPM-databasen (Började med 4ggr/år hösten 2021)
Trycksår	1 gång/år	PPM-via Senior alert
Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende	1 gång/år	HALT-studie
Nulägesbeskrivning Läkemedel, säbo	1 gång/år	Protokoll
Granskning av journaler vid avvikelser och loggkontroller.	Minst 1 ggr/månaden	Protokoll
Patienten/närståendes klagomål och synpunkter	Fortlöpande	Patientnämnden, IVO, klagomål, avvikelser

---

# PROCESS

## Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Läkemedelsinventering av bl.a. olämpliga läkemedel har genomförts på kommunens samtliga säbo i april 2021.

Resultatet av inventeringen presenterades för diskussion på arbetsplatsträffar för sjuksköterskor, ledningsgruppen för vård-och omsorg och för vårdcentralen i Sunne.

Kvalitetssäkring av användandet av digitala signeringslistor, som nu är implementerat i hela verksamheten, fortgår alltjämt.

IT-samordnare har fortlöpande utbildat personalgrupper och har tillsammans med MAS granskat signeringslistor i syfte att upptäcka felaktigheter.

Under 2021 har vi fortsatt arbetat för att öka registreringen i de nationella kvalitetsregistren: Svenska palliativregistret, Senior alert och BPSD.

Resultaten från kvalitetsregistren har analyserats och jämförts med andra kommuner och oss själva och vi har bl.a. diskuterat hur vi ska kunna bli bättre på att bedöma smärta och varför det fortfarande förekommer svaret "Vet ej" när det gäller om riskbedömning gjorts gällande smärta.

Riskbedömningar för att identifiera förekomst av undernäring, trycksår och risk för fall utförs rutinmässigt på samtliga enheter.

Sjuksköterskor har under året gått utbildningen: "Sjuksköterskans kliniska bedömning" och inom rehabiliteringen har 2 personer gått förflyttningsinstruktörsutbildning. Dessutom har legitimerad personal deltagit i diverse webb-utbildningar till exempel om sår och förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Under 2021 deltog vi i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till "Basala hygienrutiner" och "Förekomst av trycksår".

Samt inventerat förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende genom deltagande i HALT-studien.

---

## Utredning av händelser - vårdskador

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

Om personal, patient eller närstående iakttagit allvarliga risker eller brister i kommunens hälso- och sjukvård bör i första hand verksamhetens ansvariga enhetschefer kontaktas eftersom direkta åtgärder kan behöva vidtas. Likaså om vårdskada uppstår eller att det är risk för att vårdskada kan uppstå.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar ställning till om det inträffade ska utredas i verksamhetens kvalitetssystem och om avvikelserna är av så pass allvarlig karaktär att den ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.

Under 2021 skickades ingen Lex Maria till IVO.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Patientsäkerheten ska säkerställas med hjälp av de uppgifter som finns dokumenterade, därför är det av yttersta vikt att alla dokumentation är kvalitetssäkrad.

Därför granskas hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring av MAS i samband med att avvikelser skrivits samt vid rutinmässiga loggkontroller.

En behovs- och riskanalys gällande behörighet till Procapita HSL finns och dokumentet uppdateras vid förändring.

Rutiner finns för hur systematiska stickprovskontroller av Procapita, Cosmic Link, NPÖ och MCSS ska utföras 1 ggr/månaden.

Resultat av kontrollerna delges alltid, förutom användaren själv, ansvarig enhetschef som ansvarar för att vidta åtgärder vid misstänkta överträdelser.

---

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Måluppfyllelse övergripande mål 2021

### Mål 1

Implementera NVP för samtliga palliativa patienter i hela verksamheten

**Måluppfyllelse: Målet uppnått**

Vi använder nu nationell vårdplan för palliativvård i hela vår verksamhet.

Syftet är att arbeta med ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov.

### Mål 2

Minska antalet läkemedelsavvikelser i hemtjänsten med 20 %

**Måluppfyllelse: Målet uppnått**

Under 2021 inträffade 142 läkemedelsavvikelser inom hemtjänsten, att jämföra med 199 föregående år. Dock är det fortsatt så att vissa hemtjänstgrupper har fler avvikelser än andra. Grupper med många patienter och undermåliga grupplokaler tenderar att ha flest läkemedelsavvikelser.

### Mål 3

Förbättra resultatet vid den nationell mätning av följsamhet till basala hygienrutiner avseende användning av handdesinfektion före vårdåtgärder

**Måluppfyllelse: Målet inte uppnått**

2021 års resultat visade att ”bara” 67,7 % av personalen desinficerade händerna före vårdåtgärder, att jämföra med 78,3 året innan. Tyckte man att pandemin var över?

### Mål 4

Fortsatt implementera nytt arbetssätt med ICF och KVÅ i den nya journalen och i större utsträckning analysera resultatet av statistikinlämningen avseende KVÅ

**Måluppfyllelse: Målet uppnått**

Vi ser en bättre följsamhet och förståelse för att använda ICF och KVÅ-koder vid dokumentation. Detta yttrar sig bland annat i att man i allt större utsträckning efterfrågar och diskuterar vilken KVÅ-kod som ska användas.

---

## Avvikelser

Det totala antalet rapporterade avvikelser 2021 uppgick till 1525, fördelade enligt följande:

Typ av avvikelse	Antal 2021	Antal 2020	Kommentar
Fall	1022	1052	Totalt 15 frakturer.
Läkemedel	485	446	Störst ökning inom LSS. Men även många avvikelser i vissa hemtjänstgrupper.
Felaktig/utebliven HSL-insats	8	19	Ex. felaktigt material använt vid såromläggning, för lång väntan på smärtlindring, försenad provtagning, genomfört RIK utan delegeringsuppdrag.
Trycksår	10	10	Varav 6 uppstått på den egna enheten och 4 hos annan vårdgivare. Trycksårskategori: 1, 2 och 3
MPT	0	8	

## Risikanalyser

Arbetet med riskanalyser bör utvecklas. Vi bör i mycket större utsträckning ta tillvara resultat och ta lärdom av vad vi sett.

Ett tydligt exempel är de ökande antalet läkemedelsavvikelser, trots att vi får allt mer hjälpmedel. Diskussioner om bland annat förvaring av lkm måste ske i större utsträckning ute i arbetsgrupperna.

Vid avvikelser där medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har utrett om vårdskada eller risk för vårdskada har uppstått genomförts riskanalys i syfte att avgöra om avvikelsen ska anmälas till IVO enligt Lex Maria eller inte.