

Kommunstyrelsen

## Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård i Sunne kommun 2019

KS2020/209/10

### Förslag till beslut

Patientsäkerhetsberättelsen för hälso- och sjukvård i Sunne kommun för året 2019 godkänns.

### Sammanfattning av ärendet

Vårdgivaren 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.

Under 2019 har vi fokuserat på att kvalitetssäkra legitimerad personals dokumentation. Detta har skett genom utbildningsinsatser, journalgranskningar och uppdatering av rutiner.

Vidare har vi påbörjat arbetet med att införa ett nytt arbetssätt: Nationell vårdplan vid palliativ vård (NVP) för att kvalitetssäkra vården för patienter i livets sista tid.

### Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård i Sunne kommun

Jeanette Tillman  
Verksamhetschef

Ulla Engström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till:  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



SUNNE | VÄRMLAND

---

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Ulla Engström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

---

---

## Innehåll

Sammanfattning	3
<b>Struktur</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienter och närståendes delaktighet	6
Hälso-och sjukvårdens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	7
<b>Process</b>	<b>8</b>
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Utredning av händelser -vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
<b>Resultat och analys</b>	<b>10</b>
Måluppfyllelse övergripande mål	10
Avvikelse	11
Risikanalys	11
<b>Mål och strategier för 2020</b>	<b>12</b>

---

## 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. Mål att uppnå har bl.a. varit:

- 50% av samtliga arbetsgrupper (baspersonal) ska ha fått utbildning i SBAR. Detta ska ske genom att ansvariga sjuksköterskor genomför utbildning på den egna arbetsplatsen enligt framtaget koncept.
- Minska antalet läkemedelsavvikelser med 20% genom att förfina och tydliggöra läkemedelsrutinerna och efterfråga vilka verktyg personalen behöver för att göra rätt.
- Minst 70% av personer i livets slutskede ska ha erhållit en validerad smärtskattning enligt registrering i Svenska palliativregistret.
- Öka antalet riskbedömning (MNA) avseende undernäring med 25% enligt registrering i Procapitas bedömningsmodul.

Åtgärder som genomförts för att uppnå ovanstående mål är:

Utbildningsinsatser för baspersonal i SBAR. Utbildningen i det strukturerade kommunikationssättet har genomförts av respektive sjuksköterska med den egna arbetsgruppen.

Inom läkemedelsområdet har flera insatser gjorts för att öka patientsäkerheten: För 9:e året i rad inventerade vi förekomsten av bl.a. olämpliga läkemedel hos personer över 65 år på kommunens samtliga särskilda boenden.

Läkemedelshanteringen har fortsatt kvalitetssäkrats genom att vi infört flera förbättringar gällande vår digitala signering i mobiltelefonen bl.a. möjligheten att direkt i mobiltelefonen ange hur många tabletter/enheter som getts av ett visst vb. läkemedel. Dessutom har vi infört möjligheten för baspersonal att direkt i mobiltelefonen signera sitt delegationsbeslut, vilket spar både tid och papper.

Vi har fortsatt registrerat i Svenska palliativregistret och resultatet har presenterats för distriktssköterskor/sjuksköterskor. Journalgranskning gällande dokumentationen kring vård i livets slut har genomförts på 10 utvalda journaler (10 senast avlidna). Resultatet av granskning ligger till grund för uppstart av NVP (Nationell vårdplan för palliativvård). NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov och som dessutom gör patienten själv och närstående mer delaktiga.

Riskbedömningar avseende undernäringar har i högre grad registrerats i Procapitas bedömningsmodul och sjuksköterskor/distriktssköterskor har vid flertalet tillfällen uppmärksammats på vikten av en tidig riskbedömning.

Under 2019 har vi fortlöpande utbildat all legitimerad personal i det nya strukturerade arbetssättet för dokumentation enligt den processmodell som beskrivs i nationella informationsstrukturen (NI). Utbildning i NI, ICF och KVÅ har genomförts i olika omgångar och med olika focus, vilket har lett till ytterligare kvalitetshöjning av legitimerad personals dokumentationen.

---

Under 2019 har vi deltagit i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till ”Basala hygienrutiner” och ”Förekomst av trycksår”. Varav kontroll av basala hygienrutiner är en del av vår årliga egenkontroll.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Målet för 2020 är att:

#### **Minska antalet läkemedelsavvikelser i hemtjänsten med 20 %**

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

Strategi: Uppdatera lokala arbetsrutiner, analysera läkemedelsavvikelserna och involvera ansvariga sjuksköterskor/distriktssköterskor tillsammans med respektive enhetschef i åtgärderna att minska antalet avvikelser

#### **Använda arbetssättet NVP på samtliga palliativa patienter vid anslutna säbo: Salla och Brogården.**

En prioriterad patientgrupp är personer i livets slutskede och det är därför av största vikt att vården kring dessa personer är kvalitetssäkrad bl.a. genom brytpunktssamtal, smärtskattningar och inte minst delaktighet.

Strategi: Använda upprättade rutiner gällande NVP och journalgranskning.

#### **Minska antalet trycksår (som uppkommit i vår verksamhet).**

Trycksår är en allvarlig vårdskada på många sätt: lidande för den som drabbas, men även tidskrävande och dyrt för vårdgivare.

Strategi: Öka kunskapen om hur man förebygger trycksår genom utbildningsinsatser för både legitimerad personal och baspersonal. Fortsatt arbeta med kunskapsspridning gällande skötsel och användning av tryckavlastande madrasser.

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

Att kvalitetssäkra dokumentationen är ett prioriterat arbete som leder till ökad patientsäkerhet.

Strategi: Utbildningsinsatser i dokumentation för legitimerad personal.

Uppdatera befintlig lathund för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Analysera ny KVÅ-koder och uppdatera hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån dessa.

---

## 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 t.ex. 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 bl.a. med gemensamma träffar och läkartillsyn.

Träffar med representanter från Torsby sjukhus och vårdcentralerna och kommunerna i norra Värmland s.k. **NÁSAM-träffar**.

Dessutom har ett antal länsövergripande träffar genomförts under 2019 med anledning av den nya lagen om samverkan vid utskrivning och Cosmic Link.

Ett **nätverk för samverkan med Smittskydd Värmland**. Samtliga kommuner i Värmland deltar med utsedda sjuksköterskor och MAS. Vidare har Smittskydd Värmland konsulterats i frågor gällande hygien och smitta fortlöpande under året.

**Nätverk för samverkan mellan länets MASar och Läkemedelsenheten** på regionen.

Samt ett länsövergripande **nätverk för länets MAS/MAR** med tillhörande arbetsgrupper.

Vidare finns ett **nätverk för hjälpmedelsfrågor** i Värmland med representation från Värmlands kommuner och region Värmland.

## 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. Vidare har informationsmaterial i form av affischer placerats på samtliga särskilda boenden: *Om du har synpunkter på vården*.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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 förkommande fall arbetsterapeut och sjukgymnast.

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

Under 2019 skickade vi 23 till Region Värmland avvikelser 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 även 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	1–2 gånger/år	PPM-databasen
Trycksår	1 gång/år	PPM-databasen
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 februari 2019.

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 fortgår och ett antal moduler har införskaffats för att ytterligare säkra upp hanteringen bl.a. möjligheten att ange given mängd enheter/tabletter vid överlämnade av vb-läkemedel samt modul som möjliggör digital signering direkt i mobiltelefonen vid signering av det egna delegationsbeslutet. Checklista för sjuksköterskor har uppdaterats och utbildningstillfällen har genomförts i syfte att kvalitetssäkra arbetssättet med MCSS.

Nationella kvalitetsregister: Under 2019 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 vid ett flertal tillfällen diskuterat hur vi ska kunna bli bättre på att bedöma smärta och hur och när vi ska använda skattningsskattinstrumenten Abbey Pain Scale, VAS eller NRS.

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

Även under 2019 fortsatte utbildningarna i konceptet ProACT.

Uppsamlingsheat erbjuds och planen är att samtliga sjuksköterskor ska utbildas.

SBAR-utbildning (som är en del av ProACT) har även pågått under detta år.

Ett antal sjuksköterskor har dessutom under året varit på utbildningsdagar inom områdena: Trycksår, HLR och BPSD.

De största utbildningsinsatserna under 2019 har dock gällt dokumentation i vårt verksamhetssystem Procapita. Syftet är att strukturera dokumentationen enl. nationell standard (ICF och KVÅ) samt möjliggöra statistikutdrag till socialstyrelsen.

Utbildningarna har hållits i olika konstellationer och med olika fokus fortlöpande under hela året. Loggkontroller och till viss del dokumentationsgranskningar har utförts.

Vidare har vi under 2019 deltagit i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till ”Basala hygienrutiner” och ”Förekomst av trycksår”.

---

## 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 avvikelsen är av så pass allvarlig karaktär att den ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.

Under 2019 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.

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

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

#### Mål 1

50% av samtliga arbetsgrupper (baspersonal) ska ha fått utbildning i SBAR. Detta ska ske genom att ansvariga sjuksköterskor genomför utbildning på den egna arbetsplatsen enligt framtaget koncept.

*Måluppfyllelse:* Målet uppnått

Utbildningsinsatser har genomförts i nästan alla arbetsgrupper inkl. nattpersonal.

#### Mål 2

Minska antalet läkemedelsavvikelser med 20% genom att förfina och tydliggöra läkemedelsrutinerna och efterfråga vilka verktyg personalen behöver för att göra rätt.

*Måluppfyllelse:* Målet inte uppnått

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat ytterligare. Men den troliga förklaringen är att allt flera läkemedelsdoser utdelas och att ansvariga sjuksköterskor i allt större utsträckning väljer att skriva avvikelser när signeringen av överlämnandet inte blir gjord i tid.

#### Mål 3

Minst 70% av personer i livets slutskede ska ha erhållit en validerad smärtskattning enligt registrering i Svenska palliativregistret.

*Måluppfyllelse:* Målet inte uppnått

Andelen personer som den sista veckan i livet erhöll en smärtskattning var 51%.

#### Mål 4

Öka antalet riskbedömning (MNA) avseende undernäring med 25% enligt registrering i Procapitas bedömningsmodul.

*Måluppfyllelse:* Målet uppnått

Antalet registrerade riskbedömningar avseende undernäring har ökat från 75st under 2018 till 225st under 2019.

---

## Avvikelser

Det totala antalet rapporterade avvikelser uppgick 2019 till 1443 st, fördelade enligt följande:

Typ av avvikelse	Antal 2019	Antal 2018	Förbättringsförslag/kommentar
Fall	1008	1099	Totalt 19 frakturer.
Läkemedel	403	300	Störst ökning i hemtjänsten, man uppger själv stress som anledning.
Felaktig/utebliven HSL-insats	18	8	Ex. bortglömd såromläggning, urinkateterbyte. Ej följt given ordination.
Trycksår	11		Varav 8 uppstått på den egna enheten och 3 hos annan vårdgivare
MPT	3		Lyftsele använt på fel sätt resp. trasigt

## Riskanalys

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.

---

## Mål och strategier för 2020

- Minska antalet läkemedelsavvikelser i hemtjänsten med 20 %
- Använda arbetssättet NVP på samtliga palliativa patienter vid anslutna säbo: Salla och Brogården
- Minska antalet trycksår (som uppkommit i vår verksamhet)
- Fortsatt implementera nytt arbetssätt med ICF och KVÅ i den nya journalen och att kvartalsvis analysera resultatet av statistikinlämningen avseende KVÅ och redovisa för legitimerad personal

## Förklaring till förkortningar i patientsäkerhetsberättelsen

### **Abbey Pain scale**

ett skattningsinstrument för bedömning av smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner eller som inte kan verbalisera sin smärta

### **BPSD** (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom

### **Cosmic Link**

ett länsgemensamt IT-stöd för kommunikation vid utskrivning/planering mellan slutenvården (sjukhus), primärvård (vårdcentral) och kommunen

### **HLR** (Hjärt- och lungräddning)

hjärt- och lungräddning är en akut första hjälpen-behandling som ges omgående till en person som är medvetslös och inte andas

### **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health)

en internationell standard och struktur för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa

### **KVÅ** (klassifikation av vårdåtgärder)

en åtgärdskod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård

### **MNA** (Mini Nutritional Assessment)

ett evidensbaserat instrument för att identifiera äldre patienter som löper risk för eller redan har drabbats av undernäring. Det är särskilt framtaget för att bedöma risk för undernäring hos personer över 65 år

### **NEWS** (National Early Warning Score)

en skala som används för att identifiera patienter med risk begynnande eller manifest kritisk sjukdom i ett tidigt skede genom poängsättning av sex vitala funktioner: andningsfrekvens, syremättnad, temperatur, systoliskt blodtryck, puls och medvetandegrad

**NI** (Nationell informationsstruktur)

ett ramverk för strukturerad dokumentation i vård och omsorg.

**NPÖ** (nationell patientöversikt)

nationell tjänst som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting/regioner, kommuner eller privata vårdgivare

**NRS**

smärtskattningsinstrument där patienten anger en siffra mellan 0 – 10 för att beskriva sin smärta

**PPM** (punkt prevalens mätning)

nationell mätning vid givet tillfälle som mäter *förekomst av trycksår* (PPM trycksår) respektive *följsamhet till basala hygienrutiner* (PPM BHK)

**Procapita**

namnet på vårt verksamhetssystem där vi bl.a. har hälso-och sjukvårdsjournalen

**SBAR** (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

ett sätt att kommunicera strukturerat. Om vårdpersonalen använder SBAR:s sätt att strukturera samtalet minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas

**Senior alert**

ett nationellt kvalitetsregister där varje person som, 65 år eller äldre och som har kontakt med vård eller omsorg, registreras vad gäller - riskbedömning, - vidtagna åtgärder och - resultat inom områdena *fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion*

**Svenska palliativregistret**

ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården

**VAS** (visuell analog skala)

en skala med vilken man genom att peka på, eller skjuta en markör över ett streck kan självuppskatta en upplevelse t.ex. smärta

Ulla Engström

Medicinskt ansvarig sjuksköterska