

---

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

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         | 7         |
| 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        |
| Risikanalys                                   | 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.

2020 har för oss och många andra varit ett exceptionellt år. Den fortsatt rådande pandemin har varit självprioriterande och de flesta andra aktiviteter har fått satts på paus. Vilket lett till att våra uppsatta mål bara delvis uppnåtts. Patientsäkerhetsarbetet har varit inriktat på att ge en god och säker vård till Covidsjuka patienter, men framför allt att förhindra att patienter drabbats av Covid-19, vilket påverkade det övriga patientsäkerhetsarbetet.

Utbrott av Covid-19 har skett både på särskilt boende och på boende inom LSS. Dessutom har enstaka personer smittats inom andra verksamheter. Samverkan med Region Värmland har ökat och förfinats under året vilket påverkat patientsäkerheten positivt.

Mål att uppnå för 2020 var:

- 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 i större utsträckning analyser resultatet av statistiklämningen avseende KVÅ

Åtgärder som genomförts under 2020 för att uppnå ovanstående mål var: Inför digitala signeringslistor inom personlig assistans samt uppdatera rutiner utifrån ny funktionalitet i MCSS. Lokala arbetsordningar har upprättats för kommunens särskilda boenden, men inte för hemtjänsten.

Utökad användning av NVP på hela Salla för samtliga palliativa patienter, dock inte fullt infört på Brogården. 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.

Fortsatt diskussion om arbete med att förebygga trycksår. Genomgång av trycksårsförebyggande madrasser samt deltagande i den nationella trycksårs-mätningen.

Beträffande arbetet med ICF och KVÅ så har ingen analys av vår statistik genomfört under året. Dock har arbetet med att delta i en pilotstudie gällande ny hälso-och sjukvårdsjournal fortskridit.

Inom läkemedelsområdet har fler insatser gjorts för att öka patientsäkerheten: För 10: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.

Vi har fortsatt registrerat i Svenska palliativregistret och resultatet har presenterats för distriktssköterskor/sjuksköterskor i syfte att diskutera vad som kan förbättra oss ytterligare.

Riskbedömningar avseende undernäringar har i högre grad registrerats i Procapitas bedömningsmodul (175 stycken att jämföra med förra årets 156 stycken) och sjuksköterskor/distriktssköterskor har vid flertalet tillfällen uppmärksammats på vikten av en tidig riskbedömning.

Under 2020 har vi deltagit i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till "Basala hygienrutiner" och "Förekomst av trycksår". Mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner kändes extra viktig detta år, då stort arbete lagt på att förankra detta i samtliga verksamheter.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

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

Målet för 2021 är att:

### **Implementera NVP för samtliga palliativa patienter i hela verksamheten**

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: Uppdatera rutiner och dokument kring arbetssättet och implementera dessa i alla verksamheter.

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

En mycket viktig del i patientsäkerhetsarbetet är en säker läkemedelshandling 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.

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

Användning av handdesinfektion före vårdåtgärder och användning av handskar är den åtgärd som man oftast slarvar med.

Strategi: Öka kunskapen vikten av att desinficera händer även före t.ex. genom utbildning, presentation av resultat med jämförelse av hur ”andra” klarar detta.

### **Fortsatt implementera nytt arbetssätt med ICF och KVÅ i den nya journalen och i större utsträckning analyser 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. Strukturera analys av KVÅ-statistiken.

---

## **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. 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 Läkemedelsheten** på regionen.
- Samt ett länsövergripande **nätverk för länets MAS/MAR** med tillhörande arbetsgrupper.
- **Styrgrupp i inkontinensfrågor**
- 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 2020 har vissa av dessa nätverk varit vilande och istället 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. Under en period startades en telefonlinje upp dit patienter/kunder och närstående kunde ringa om de hade Covidrelaterade frågor. Denna telefonlinje bemannades av anhörigsamordnaren.

---

## **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 förekommande fall arbetsterapeut och sjukgymnast.

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

Under 2020 skickade vi 4 avvikelser till Region Värmland 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

| <b>Egenkontroll</b>   | <b>Omfattning</b>      | <b>Källa</b>   |
|---|------------------------|--|
| Jämförelser av egna verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister | 1 gång/år              | Svenska palliativregistret<br>Senior alert<br>BPSD<br>SveDem |
| Basala hygienrutiner och klädregler   | 1–2 gånger/år          | PPM-databasen  |
| Trycksår  | 1 gång/år              | PPM-databasen  |
| Nulägesbeskrivning<br>Läkemedel, säbo   | 1 gång/år              | Protokoll  |
| Granskning av journaler vid avvikelser och loggkontroller.                              | Minst<br>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 2020.

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 under 2020 har även kommunens personliga assistensgrupper fått tillgång till MCSS. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har anslutits för att möjliggöra digital signering av träning som utförs av baspersonal. Checklista för arbetsterapeuter och sjukgymnaster har upprättats. IT-samordnare har fortlöpande utbildat personalgrupper och har tillsammans med MAS granskat signeringslistor i syfte att upptäcka felaktigheter.

Nationella kvalitetsregister: Under 2020 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.

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

Under året har vi också slutfört utbildning i psykiatri för all legitimerad personal, utbildat ytterligare förflyttningsinstruktör, samt deltagit i ett antal webb-utbildningar.

Vidare har vi under 2020 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 2020 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 finns 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

Minska antalet läkemedelsavvikelser i hemtjänsten med 20 % genom att förfinna 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 dvs. försenad.

#### Mål 2

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

*Måluppfyllelse:* Målet inte uppnått

Arbetsättet med NVP är implementerat på Salla, men inte fullt ut på Brogården.

#### Mål 3

Minska antalet trycksår (som uppkommit i vår verksamhet)

*Måluppfyllelse:* Målet inte uppnått

Antalet trycksår som uppstått inom vår egna verksamhet under året var oförändrat 8 stycken.

#### Mål 4

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

*Måluppfyllelse:* Målet delvis uppnått

Legitimerad personal har blivit allt säkrare på att dokumentera enligt ICF och KVÅ, men under året har vi inte hunnit att analysera KVÅ-statistiken.

---

## Avvikelser

Det totala antalet rapporterade avvikelser uppgick 2020 till 1535 st, fördelade enligt följande:

| Typ av avvikelse              | Antal 2020 | Antal 2019 | Förbättringsförslag/kommentar  |
|-------------------------------|------------|------------|--|
| Fall                          | 1052       | 1008       | Totalt 12 frakturer.   |
| Läkemedel                     | 446        | 403        | Störst ökning i hemtjänsten, man uppger själv stress som anledning.      |
| Felaktig/utebliven HSL-insats | 19         | 18         | Ex. bortglömd såromläggning, urinkateterbyte. Ej följt given ordination. |
| Trycksår                      | 10         | 11         | Varav 8 uppstått på den egna enheten och 2 hos annan vårdgivare          |
| MPT                           | 8          | 3          | Medicintekniska produkter t.ex. lyft använt på fel sätt resp. trasigt    |

## Risikanalys

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 bl.a. förvaring av lkm måste ske i större utsträckning ute i arbetsgrupperna.