



**ÖRNSKÖLD SVIKS  
KOMMUN**

# **Patientsäkerhetsberättelse Välfärdförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2014**

2015-02-27

Ann-Christin Nordin  
*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*  
Karola Lindmark  
*Medicinskt ansvarig för rehabilitering*

Lena Hurtigh  
*Verksamhetschef HSL*  
Anna Reynberg-Sjölund  
*Verksamhetschef HSL*

---

  

---

<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>3</b>
Mål .....	3
Strategi .....	3
<b>Struktur för uppföljning, utvärdering, egenkontroll .....</b>	<b>3</b>
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>3</b>
<b>Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>4</b>
Förebyggande arbete gällande fall .....	4
Förebyggande arbete gällande trycksår .....	4
Förebyggande arbete gällande undernäring .....	4
Rehabilitering .....	5
Dokumentation och informationsöverföring .....	5
Vårdhygienisk standard .....	5
Läkemedel .....	6
Vård vid demenssjukdom .....	6
Palliativ vård .....	6
<b>Uppföljning genom egenkontroll.....</b>	<b>7</b>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>7</b>
<b>Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>7</b>
<b>Anmälan enligt lex Maria .....</b>	<b>8</b>
<b>Risikanalys .....</b>	<b>8</b>
<b>Hantering av klagomål och synpunkter.....</b>	<b>8</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>8</b>
Fallhändelser .....	8
Trycksår .....	9
Informationsöverföring .....	9
Antibiotikabehandlade infektioner .....	9
Läkemedelsavvikelse .....	10
BPSD-bedömningar .....	10
Palliativ vård .....	10
<b>Övergripande mål och strategier för 2015 .....</b>	<b>11</b>

---

---

## Övergripande mål och strategier

### Mål

- Minska antalet fallskador.
- Förbättra vård och omsorg för personer i livets slutskede.
- Förbättra vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

### Strategi

- Utveckla det systematiska förbättringsarbetet och använda evidensbaserade metoder i vård och omsorg.

## Struktur för uppföljning, utvärdering, egenkontroll

- Analys av avvikelser
- Analys av klagomål och synpunkter
- Läkemedelsgenomgångar
- Strukturerad journalgranskning
- Egenkontroll basala hygienrutiner
- Registrering av antibiotikabehandlade infektioner
- Resultat i kvalitetsregister
- Resultat i öppna jämförelser

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och verksamhetschefen för hälso- och sjukvård är huvudansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

---

## **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet**

### **Förebyggande arbete gällande fall**

För att identifiera personer med risk för fallskador i särskilt boende genomförs riskbedömning vid inflyttning samt minst en gång per halvår. Finns risk för fall upprättas åtgärdsplan för att förebygga fallhändelser. Läkemedelsgenomgång, träning, information/undervisning samt anpassning av omgivningen är exempel på åtgärder som vidtas vid risk för fall.

Under 2014 har alla som bor i ordinärt boende och har fyllt/fyller 75 år erbjudits ett hälsosamtal från en arbetsterapeut inom kommunens hemsjukvård. Cirka hälften av de som fått erbjudandet tackade ja vilket mynnade ut i 160 hälsosamtal. Hälsosamtalet innebär att man följer ett frågeformulär som landstinget Västernorrland och länets kommuner har utarbetat tillsammans. Frågorna handlar om hälsa ur olika perspektiv i vardagen samt avslutas med att intervjuaren rekommenderar individen olika hälsofrämjande åtgärder och/eller trygghetskontakter utifrån de svar som givits. I samband med intervjun lämnar även intervjuaren ut ett antal broschyrer med information om bland annat säkerhet och trygghet, hemtjänstinsatser, bostadsanpassning, goda råd för att undvika fall och övningar för ökad balans och benstyrka.

### **Förebyggande arbete gällande trycksår**

Riskbedömningar gällande trycksår genomförs i särskilt boende vid inflyttning samt minst en gång per halvår. På detta sätt identifieras personer med risk för trycksår. Daglig bedömning av huden är den vanligaste åtgärden för att förebygga trycksår. Anpassning av miljön till exempel kroppsläge i säng eller stol, lägesändringar, tryckutjämnande underlag samt nutritionsbehandling är andra åtgärder som sätts in vid risk för trycksår.

Under året har rutiner för förskrivning av förebyggande madrasser tagits fram och förskrivande sjuksköterskor har fått utbildning gällande vilka madrasser som kan förskrivas och deras funktion.

### **Förebyggande arbete gällande undernäring.**

Riskbedömningar gällande undernäring och munhälsa genomförs i särskilt boende vid inflyttning samt minst en gång per halvår. På detta sätt identifieras personer med risk för undernäring. Viktkon-

---

troll, övervakning av närings- och vätskeintag, mellanmål, berikning, konsistensanpassning, munvård samt läkemedelsgenomgång är exempel på åtgärder som vidtas för att förebygga undernäring. För att stärka det förebyggande arbetet gällande undernäring har utbildning i kost och nutrition genomförts för sjuksköterskor och kostombud under året.

### **Rehabilitering**

Individuella förebyggande aktiviteter i samverkan (IFAS) är ett arbetssätt som startade i projektform för gruppen arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom särskilt boende (servicehus). Det mynnade ut i en FoU-rapport som utvärderade det förändrade arbetssättet. Arbetssättet har idag implementerats i ungefär hälften av kommunens särskilda boenden. Syftet är att stärka det hälsofrämjande arbetssättet genom tidiga insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast samt strukturerade multiprofessionella teamträffar.

För att utveckla och kvalitetssäkra rehabiliteringen har en person anställts som är medicinskt ansvarig för rehabilitering.

### **Dokumentation och informationsöverföring**

Under året har ett utvecklingsarbete gällande dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen samt informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier genomförts.

Informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården har kvalitetssäkrats genom användning av nationell patientöversikt (NPÖ). Antalet användare har ökat och tillgången till viktig information har därmed ökat vilket höjer patientsäkerheten.

### **Vårdhygienisk standard**

Vårdrelaterade infektioner och förekomst av allt fler antibiotikaresistenta bakterier utgör ett hot mot säkerheten i alla former av vård. Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett av de högst prioriterade områdena för kvalitets- och säkerhetsarbete inom sjukvården. I vetenskapliga studier framgår att de mest effektiva åtgärderna för att minska de vårdrelaterade infektionerna är hög följsamhet till basala hygienrutiner, infektionsregistrering, kontinuerlig utbildning samt utvärdering och revidering av vårdrutiner.

Vårdhygienrutinerna har reviderats och utbildningar har genomförts med fokus på basala hygienrutiner. Syftet med rutiner och

---

utbildning är att minska risken för smittspridning. All personal får vid introduktion information om basala hygienrutiner och kontroll av följsamheten sker genom regelbundna självskattningar.

I särskilt boende har genomgångar med hygienprotokoll påbörjats under 2013 och slutförts under 2014. Syftet med hygienprotokollet är att kvalitetssäkra varje enhets följsamhet till basala hygienrutiner, rutiner för hantering av tvätt samt desinfektion. Förslag till förbättringar har lämnats till respektive enhet att arbeta vidare med.

Alla antibiotikabehandlade infektioner registreras i särskilt boende enligt en modell i Socialstyrelsens rapport *"God hygienisk standard i kommunal vård, omsorg och hemsjukvård - möjligheter till förbättringsarbete"* (2008).

### **Läkemedel**

Under ledning av enhetschef och sjuksköterska pågår på enhetsnivå olika förbättringsarbeten för att minska avvikelser gällande läkemedel, som exempelvis hjälpmedel för att påminna om tidpunkt för läkemedelsadministrering.

Läkemedelsgenomgångar genomförs vid inflyttning samt en gång per år av ansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

### **Vård vid demenssjukdom**

För att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) har flera team utbildats under 2014. Teamen består av vårdare sjuksköterska och enhetschef. Utifrån en BPSD-bedömning kan en bemötandeplan upprättas vilken är en kortfattad beskrivning av vad vårdpersonalen bör tänka på i bemötandet av varje enskild person. Bemötandeplanen bygger på personens individuella och specifika behov.

### **Palliativ vård**

Den palliativa processen har kvalitetssäkrats genom analys av brister, revidering av befintliga rutiner, framtagande och implementering av nya rutiner, utbildning av personal samt träffar i nätverk för fortsatt förbättringsarbete. Smärtskattning är fortfarande ett eftersatt område och därför har utbildning/handledning i smärta och skattning med hjälp av olika verktyg genomförts. En inspirationsdag med föreläsning och produktvisning har också genomförts.

---

Utbildning i palliativ vård för vårdare och sjuksköterskor har genomförts fortlöpande under året. Samtalsutbildningar har genomförts för att erbjuda en fördjupad kunskap inom området samtal och bemötande.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

- Data har rapporterats till de nationella registren BPSD, Senior Alert och Palliativa registret. Resultat från nationella kvalitetsregister har analyserats och rapporterats till förvaltningens ledningsgrupp vid tertialuppföljningar. Avdelningscheferna återkopplar resultatet till verksamheterna.
- Registrering av antibiotikabehandlade infektioner rapporteras lokalt till medicinskt ansvarig sjuksköterska.
- Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner utförs på enhetsnivå.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Välfärdförvaltningen har tecknat avtal med kvalitets- och patient-säkerhetsenheten vid landstinget Västernorrland gällande vårdhygieniskt kompetensstöd. Hygiensjuksköterskan fungerar som konsult med rådgivning i praktiska vårdhygienfrågor, biträder med rådgivning och åtgärdsförslag vid befarad eller konstaterad smittspridning samt utbildning.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

- Legitimerad personal och vårdpersonal rapporterar händelser enligt fastställd rutin.
- Berörd legitimerad personal analyserar händelsen och vidtar de åtgärder som är nödvändiga samt dokumenterar.
- Enhetschef och MAS underrättas.
- Enhetschefen analyserar tillsammans med berörd personal händelsen och vidtar åtgärder för att förhindra återupprepning.
- Avvikelsen återkopplas till samtlig personal av ansvarig enhetschef och legitimerad personal.
- Vid allvarlig händelse där patienten drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada lämnas en lex Maria-anmälan till IVO.

---

## **Anmälan enligt lex Maria**

En anmälan enligt lex Maria har under året lämnats till IVO. Anmälan gäller bristande uppföljning efter sjukhusvistelse.

## **Risikanalyser**

I verksamheten utförs fortlöpande bedömning av risk för vårdskada. För varje händelse med risk för vårdskada ska sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas samt en bedömning av vilka konsekvenser som händelsen kan medföra.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

Klagomål som inkommit via IVO gällande hälso- och sjukvård har utretts och återkopplats till verksamheten av berörd avdelningschef. Klagomål som inkommer till medicinskt ansvarig sjuksköterska utreds och återkopplas till enheterna av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

De klagomål och synpunkter som har inkommit via förvaltningens klagomåls och synpunktshantering har hanterats enligt gällande rutin. Ansvarig avdelningschef har ansvarat för analys av det som inkommit. Inkomna klagomål och synpunkter har enligt denna rutin även sammanställts kvartalsvis och redovisats till omsorgsnämnden.

De synpunkter som via patientnämnden har rapporterats till medicinskt ansvarig sjuksköterska har hanterats genom att kontakt har tagits med patient och den verksamhet som berörts. En återkoppling har sedan lämnats till patient och patientnämnd.

## **Resultat**

### **Fallhändelser**

#### **Punktprevalensmätning**

I kvalitetsregistret Senior Alert genomfördes en punktprevalensmätning (PPM-mätning) under vecka 37. I särskilt boende mättes antal fallhändelser under två veckor tillbaka i tiden. Antal fallhändelser i de kommuner som deltog i PPM-mätningen var i medeltal 7,5 %. Motsvarande resultat för Örnsköldsviks kommun var 12 %.

#### **Intern fallrapportering**

Fler fallhändelser har rapporterats under 2014 jämfört med tidigare år, men antalet personer som drabbats av fraktur är på oförändrad nivå jämfört med året innan. Under året har en del rappor-



---

terade fallhändelser tillkommit från hemsjukvården. De flesta fall inträffar i den egna lägenheten (60%) och vid 72% av fallhändelserna finns inget vittne till händelsen.

Typ av skada	2012	2013	2014
Ingen skada	2053	2259	3024
Fraktur	84	59	60
Annan mindre skada	662	863	802

Tabell 1. Internt rapporterade fallhändelser

## Trycksår

### Punktprevalensmätning

I kvalitetsregistret Senior Alert genomfördes för särskilt boende en punktprevalensmätning (PPM-mätning) gällande förekomst av trycksår under vecka 37. Förekomsten av trycksår i de kommuner som deltog i PPM-mätningen var i medeltal 8,9 % motsvarande resultat för Örnsköldsviks kommun var 5,5 %.

Trycksårskategori	Antal trycksår	Andel (%)	Övriga kommuner (%)
1 (Rodnad bleknar inte vid tryck)	12	43	62
2 (Avskavd hud eller blåsa)	7	25	24
3 (Fullhudskada utan sårkavitet)	3	11	8
4 (Fullhudskada med sårkavitet)	6	21	6
<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabell 2: Fördelning trycksår per kategori PPM-mätning vecka 37 Örnsköldsviks kommun

## Informationsöverföring

Brister i informationsöverföring har rapporterats i det interna avvikelssystemet vid 29 tillfällen. Orsaken till bristerna anges vara otillräcklig information från specialistvård och primärvård samt brister i rutiner.

## Antibiotikabehandlade infektioner

Att registrera infektioner är ett sätt att medvetandegöra förekomsten av infektioner och därigenom höja motivationen för att ha en god hygienisk standard på vården. Antalet antibiotikabehandlade infektioner har fortsatt att minska jämfört med föregående år. Utbildning och informationsinsatser för att minska antibiotikaförbrukningen har genomförts under ett antal år. Framförallt fortsätter antibiotikabehandling av urinvägsinfektioner att minska se tabell nedan.

Typ av infektion	2012	2013	2014
Urinvägsinfektion	233	221	182
Hud och mjukdelinfektion	101	80	65
Luftvägsinfektion	82	74	54
Clostridium difficile	0	2	1
Övrig infektion	35	20	15
	<b>451</b>	<b>397</b>	<b>317</b>

Tabell 3. Antibiotikabehandlade infektioner i särskilt boende.

## Läkemedelsavvikelser

Fortfarande ökar antalet avvikelser gällande läkemedel. De flesta avvikelser (71%) gäller utebliven dos eller mindre dos än ordinerat. Avvikelsen medför ingen konsekvens för patienten i 95% av läkemedelshändelserna. Orsaken till avvikelserna anges vara bristande ansvar (56%), bristande rutiner (19%), arbetsmiljö (19%) samt brister i dokumentation och informationsöverföring (6%).

Antal läkemedelsavvikelser	2012	2013	2014
Särskilt boende	939	1018	1027
Hemsjukvård	-	-	276

Tabell 4. Rapporterade läkemedelsavvikelser

## BPSD-bedömningar

Omvårdnaden av personer med demenssjukdom ska vara personcentrerad och individanpassad och en åtgärd som i många fall blir aktuell är en bemötandeplan.

Genomförda BPSD-bedömningar 2014	Antal
Bedömningar med bemötandeplan	297
Bedömningar utan bemötandeplan	25

Tabell 5. Antal BPSD-bedömningar

## Palliativ vård

All personal inom vård och omsorg kommer i kontakt med döende patienter och deras närstående det är därför nödvändigt att alla yrkeskategorier får kunskap i palliativ vård. Palliativa sjuksköterskor har under ett antal år utbildat personal i välfärdförvaltningen.

Genomförd utbildning i palliativ vård 2014	Antal deltagare
Samtalsutbildning (alla yrkeskategorier)	202
Grundutbildning palliativ vård (vårdare)	88
Påbyggnadsutbildning palliativ vård (vårdare)	71
Grundutbildning palliativ vård (distriktsköterskor)	12

Tabell: 6. Genomförd utbildning i palliativ vård

Utvecklingen går åt rätt håll när det gäller smärtskattning i livets slutskede. Andelen personer som fått sin smärta skattad för att få rätt smärtlindring, ökade från 19,6% till 43,5% mellan 2012 och 2014.

Kvalitetsindikator	Resultat 2012 (%)	Resultat 2013 (%)	Resultat 2014 (%)
Eftersamtal erbjudet	52,2	73,3	88,6
Läkarinformation till patienten	56,9	56,7	61,2
Uppfyllt önskemål om dödsplats	36,5	32,4	28,3
Munhälsa bedömd	68,2	76,5	68,4
Avliden utan trycksår	87,5	89,9	88,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	78,4	81,0	77,2
Utförd validerad smärtskattning	19,6	28,7	43,5
Lindrad från smärta	80,8	77,7	88,2
Lindrad från illamående	83,9	87,4	83,5
Lindrad från ångest	78,4	76,9	80,2
Lindrad från rosslig andning	71,0	65,6	70,9
Läkarinformation till närstående	67,5	69,2	72,6
Antal vårdtillfällen i urvalet:	<b>255</b>	<b>247</b>	<b>237</b>

Tabell: 7. Uppgifter från palliativa registret gällande särskilt boende Örnsköldsviks kommun.

## Övergripande mål och strategier för 2015

- Vidareutveckla samordnad och individuell vårdplanering.
- Kvalitetssäkra hantering och kontroll av medicintekniska produkter.
- Utveckla teambaserat fallpreventionsarbete genom kompetenshöjning och lokal förankring.
- Minska läkemedelsavvikelser genom fortsatt förbättringsarbete vid enheterna.
- Fortsatt arbete för palliativ vård samt vård och omsorg vid demenssjukdom enligt nationella riktlinjer.