



**ÖRNSKÖLDSVIKS  
KOMMUN**

# **Patientsäkerhetsberättelse Välfärdförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2015**

2016-02- 24

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

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

---

## Innehållsförteckning

<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 .....	5
Rehabilitering .....	5
Hjälpmedel .....	5
Dokumentation och informationsöverföring .....	5
Vårdhygienisk standard .....	6
Läkemedel .....	7
Vård vid demenssjukdom .....	7
Palliativ vård .....	7
Klinisk bedömning .....	8
<b>Uppföljning genom egenkontroll .....</b>	<b>8</b>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>9</b>
Vårdhygieniskt kompetensstöd .....	9
Informationsöverföring .....	9
<b>Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>9</b>
<b>Anmälan enligt lex Maria .....</b>	<b>9</b>
<b>Riskanalys .....</b>	<b>10</b>
<b>Hantering av klagomål och synpunkter .....</b>	<b>10</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>10</b>
Riskbedömningar och planerade åtgärder .....	10
Fallhändelser .....	11
Trycksår .....	11
Informationsöverföring .....	11
Läkemedelsavvikelse .....	12
Palliativ vård .....	12
<b>Övergripande mål och strategier för nästkommande år .....</b>	<b>13</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
- Strukturerad journalgranskning
- Egenkontroll basala hygienrutiner
- 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 året har en extern föreläsare delgett legitimerad personal forskning och evidens kring ”Träning och andra fallförebyggande aktiviteter för äldre personer beroende i ADL”. Föreläsningen mynnade ut i att en arbetsgrupp har tillsatts som arbetar med att revidera befintliga rutiner kring fallprevention i särskilt boende med utgångspunkt i Senior Alert, vikten av teamarbete och fysisk aktivitet.

För sjuksköterskor har utbildning i klinisk bedömning i samband med fallhändelser genomförts under året. Utbildningen hade som innehåll skademekanismer, uppkomst och undersökningsmetoder.

### **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.

Två sjuksköterskor med specialistinriktning palliativ vård har erhållit utbildning och är ansvariga för förskrivning av specialistmadrasser som har till syfte att behandla uppkomna sår och förebygga trycksårsutveckling. Madrasserna förskrivas i samverkan med patient och teamet kring patienten.

Under året har en inventering av inköpta madrasser och sängar med elfunktion inom särskilt boende genomförts som underlag för investeringsbehov utifrån ålder och skick på utrustningen. Utbild-

---

ning för legitimerad och baspersonal i hantering och funktion av madrasser och sängar har påbörjats.

### **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. Viktkontroll, övervakning av närings- och vätskeintag, mellanmål, berikning, konsistensanpassning, munvård samt läkemedelsgenomgång är exempel på åtgärder som vidtas för att förebygga undernäring.

### **Rehabilitering**

Professionen arbetsterapeut respektive fysioterapeut/sjukgymnast har tydliggjorts i en uppdragsbeskrivning som är antagen av verksamhetsansvariga för hälso- och sjukvården, i syfte att få en effektiv rehabilitering i verksamheten utifrån tydliga roller.

Rutin för andningsträning har under året utarbetats och implementerats i verksamheten.

### **Hjälpmedel**

Rutin för spårning av inköpta madrasser och sängar har utarbetats på särskilt boende. Revidering av hjälpmedelsbroschyr som delas ut av förskrivaren i samband med utprovning av hjälpmedel i ordinärt boende har gjorts. Valfärdsförvaltningen har öppnat återlämningsplatser för hjälpmedel på åtta särskilda boenden fördelat geografiskt över kommunen i syfte att möjliggöra för medborgarna att återlämna hjälpmedel.

En arbetsterapeut har under senare delen året arbetat som hjälpmedelscontroller i syfte att varje brukare ska ha de hjälpmedel som de har behov av och använder i vardagen samt en kostandseffektiv hjälpmedelshantering. Uppdraget har bestått i att styra fakturor rätt, kontrollerat hjälpmedelslistor, skickat brev till dödsbon samt utbilda och tydliggöra uppdraget som hjälpmedelsombud inom särskilt boendes och ordinärt boende.

### **Dokumentation och informationsöverföring**

Under året har utvecklingsarbetet gällande dokumentation i hälso- och sjukvårdjournalen samt informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier fortsatt. Under året har en utvecklingsgrupp bildats med syfte att utveckla och kvalitetssäkra journalföringen för legitimerad personal. Deltagarna är kontaktperson för doku-

---

---

mentationsfrågor i den kollegiala gruppen/det geografiska området. För all legitimerad personal har under året uppföljningsträffar gällande dokumentation enligt ICF genomförts vid tre tillfällen.

Informationsöverföring från den samordnade vårdplaneringen vid utskrivning från sjukhus har förtydligats och förbättrats. Vårdplaneringssjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården deltar vid den samordnade vårdplaneringen och dokumenterar behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården kvalitetssäkras genom användning av nationell patientöversikt (NPÖ). Nu kan även andra vårdgivare ta del av information från hälso- och sjukvårdsjournalen då välfärdsförvaltningen under året har anslutit sig till NPÖ som producent av information. De informationsmängder som lämnas till NPÖ är ADL(aktiviteter i dagliga livet), funktionsnedsättning och hälso-plan.

I syfte att säkerställa att intyg utfärdas på ett professionellt och likvärdigt sätt utifrån gällande författningar har sex arbetsterapeuter deltagit i Sveriges Arbetsterapeuters kurs ”Konsten att skriva intyg” med juristen Dina Jacobson. Rutin för utfärdande av intyg/utlåtande inom kommunal hälso- och sjukvården har skrivits och implementerats i verksamheten, och mall för intyg/utlåtande finns i Procapita.

### **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 i sjukvården. I vetenskapligt välgjorda 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 genomförts. 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.

### **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 1gång per år av ansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Läkemedelskommittén har sedan flera år, i samarbete med länets kommuner tagit initiativ till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Genom att räkna antalet läkemedel under en dag erhålls värdefull information över utvecklingen i landstingsområdet. Man kan i denna nulägesregistrering konstatera att förskrivning av sömnmedel samt vissa olämpliga smärtstillande läkemedel minskar.

### **Vård vid demenssjukdom**

Teamarbetet för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) fortsätter att utvecklas. Teamen består av vårdare sjuksköterska och enhetschef. Utifrån en BPSD-bedömning kan en bemötandeplan upprättas vilken är en kortfattad beskrivning av vad man som vårdpersonal bör tänka på i bemötandet av varje enskild person. Bemötandeplanen bygger på personens individuella och specifika behov.

### **Palliativ vård**

I palliativ vård betonas vikten av att arbeta i team mot samma mål. Under året har därför de palliativa sjuksköterskorna genomfört nätverksträffar vår och höst för sjuksköterskor/distriktssköterskor. Vid nätverksträffarna diskuteras och implementeras olika arbetsätt, rutiner och riktlinjer samt nya råd och rön. Deltagarna lämnar

---

in önskemål om innehåll inför träffarna och får även möjlighet att diskutera olika svårigheter i arbetet och etiska dilemman som de kan ställas inför på sina respektive arbetsplatser.

Ett nytt arbetssätt med palliativa ombud inom hemtjänsten har startat under året. De palliativa ombuden har genomgått en 15 timmar lång utbildning med teori och praktik för att de ska känna sig trygga i sina roller och i det nya arbetssättet. I dagsläget är det cirka 70 ombud som arbetar med palliativ vård inom ordinärt boende.

De palliativa sjuksköterskorna har samlat de palliativa ombuden för nätverksträffar under våren och hösten för att följa upp arbetssättet, diskutera olika problem och behov som de ställs inför på sina respektive arbetsplatser.

Utbildning i palliativ vård för vårdare och sjuksköterskor har genomförts under året vid flera tillfällen. Samtalsutbildningar för att erbjuda en fördjupad kunskap inom området samtal och bemötande riktade till all personal inom välfärdsförvaltningen har också genomförts.

### **Klinisk bedömning**

Sjuksköterskor som arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården gör bedömningar för att lämna underlag till läkare eller bedömning om att patienten behöver komma till akutsjukvård. Det är då viktigt att bedömningarna är noggranna och systematiska och att man använder sig av de bedömningsinstrument som finns tillgängliga. Under året har en utbildning i klinisk bedömning genomförts för cirka 130 sjuksköterskor och distriktssköterskor.

### **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.
- Självsfattning av följsamhet till basala hygienrutiner utförs på enhetsnivå.



---

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Vårdhygieniskt kompetensstöd**

Välfärdsförvaltningen har tecknat avtal med kvalitets- och patient-säkerhetsenheten 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.

### **Informationsöverföring**

Under våren 2015 har i Örnsköldsvik tillsatts en arbetsgrupp med representanter från slutenvård, primärvård och kommun. Arbetsgruppen har som uppdrag att regelbundet analysera inkomna avvikelser avseende vårdsamverkan. Gruppen ska två gånger per år återkoppla förbättringsåtgärder till chefsgrupp vårdsamverkan i Örnsköldsvik.

## **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 medicinskt ansvarig underrättas.
- Enhetschefen analyserar tillsammans med berörd personal händelsen och vidtar åtgärder för att förhindra återupprepning.
- Avvikelsen återkopplas till samtliga 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**

Enligt lex Maria har två händelser under året rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I båda fallen bedömer IVO att vårdgivaren har uppfyllt kraven i sin utrednings och anmälningskyldighet.

---

## Risikanalyt

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 berörs. En återkoppling har sedan lämnats till patient och patientnämnd.

## Resultat

### Riskbedömningar och planerade åtgärder

Utvecklingsarbete med att systematiskt göra riskbedömningar och planera åtgärder utifrån funna risker fortsätter.

Riskbedömning	
Risk för fall med planerad åtgärd	79%
Risk för trycksår med planerad åtgärd	78%
Risk för undernäring med planerad åtgärd	78%

*Tabell 1. Andel personer med risk för fall, trycksår eller undernäring som har planerad förebyggande åtgärd registrerad i Senior Alert.*

---

## Fallhändelser

Färre fallhändelser har rapporterats under året dock några fler som drabbats av fraktur i samband med fallet jämfört med året innan. Av de personer som drabbats av fallhändelser är de flesta beroende av hjälpmedel för att förflytta sig och många är ordinerade läkemedel som medför ökad risk för fall. De flesta av fallhändelserna sker i personens lägenhet inomhus.

Typ av skada	2012	2013	2014	2015
Ingen skada	2053	2259	3024	2003
Fraktur	84	59	60	63
Annan mindre skada	662	863	802	618

Tabell 2. Internt rapporterade fallhändelser

## Trycksår

I särskilt boende har 26 trycksår registrerats i samband med riskbedömning i Senior Alert under året.

Trycksårskategori	Antal trycksår
<b>1 (Rodnad bleknar inte vid tryck)</b>	9
<b>2 (Avskavd hud eller blåsa)</b>	8
<b>3 (Fullhudskada utan sårkavitet)</b>	5
<b>4 (Fullhudskada med sårkavitet)</b>	4
<b>Totalt</b>	26

Tabell 3. Antal registrerade trycksår per trycksårskategori (Senior Alert).

## Informationsöverföring

Brister i informationsöverföring har rapporterats i det interna avvikelssystemet vid 58 tillfällen. De brister som framkommer i avvikelserapporteringen gäller framförallt information om förändringar i läkemedelsbehandling och läkemedelslistor. Avvikelsrapporteringen visar också att det i vissa fall förekommer brister i informationsöverföring gällande personer med många sjukdomar som kommer till den kommunala hälso- och sjukvården. Brister finns också vid informationsöverföring efter besök vid specialistmottagningar.

---

## Läkemedelsavvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser är i särskilt boende oförändrat och i psykosocial vuxenhet har antalet minskat jämfört med 2014. I ordinärt boende har antalet läkemedelsavvikelser ökat i antal kan delvis förklaras med bristande rapportering i samband med övergången till hemsjukvård i kommunal regi. Av de rapporterade avvikelserna gäller de flesta utebliven dos eller mindre dos än ordinerat. Avvikelsen medför ingen konsekvens för patienten i 96 % av läkemedelshändelserna. Orsaken till de flesta läkemedelsavvikelser anges vara bristande ansvar och rutiner samt brister i dokumentation och informationsöverföring

Antal läkemedelsavvikelser	2012	2013	2014	2015
Särskilt boende	939	1018	1027	1026
Hemsjukvård	-	-	276	447
Psykosocial enhet	20	20	15	8

Tabell 4. Rapporterade läkemedelsavvikelser

## 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.

Genomförd utbildning i palliativ vård 2015	Antal deltagare
Samtalsutbildning (alla yrkeskategorier)	185
Basutbildning palliativ vård för vårdare	79
Påbyggnadsutbildning palliativ vård för vårdare	66
Basutbildning palliativ vård för sjuksköterskor	15
Påbyggnadsutbildning palliativ vård för sjuksköterskor	30
Utbildning i olika block för palliativa ombud i ordinärt boende	68

Tabell: 5. Genomförd utbildning i palliativ vård 2015

Kvalitetsindikatorer för palliativ vård följs via Palliativa registret och från 2015 redovisas också resultat från hemsjukvård i ordinärt boende.

Kvalitetsindikator (%)	Resultat 2012	Resultat 2013	Resultat 2014	Resultat 2015	Resultat Hemsjukvård 2015
Eftersamtal erbjudet	52,2	73,3	88,6	83,5	71,4
Läkarinformation till patienten	56,9	56,7	61,2	62,1	81
Uppfyllt önskemål om dödsplats	36,5	32,4	28,3	30,9	85,7
Munhälsa bedömd	68,2	76,5	68,4	63,8	66,7
Avliden utan trycksår	87,5	89,9	88,6	90,5	90,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	78,4	81	77,2	81,5	100
Utförd validerad smärtskattning	19,6	28,7	43,5	52,7	42,9
Lindrad från smärta	80,8	77,7	88,2	82,3	76,2
Lindrad från illamående	83,9	87,4	83,5	86	81
Lindrad från ångest	78,4	76,9	80,2	79,8	81
Lindrad från rosslig andning	71	65,6	70,9	65,3	57,1
Läkarinformation till närstående	67,5	69,2	72,6	69,5	76,2
<b>Antal vårdtillfällen i urvalet:</b>	<b>255</b>	<b>247</b>	<b>237</b>	<b>243</b>	<b>21</b>

Tabell: 6. Uppgifter från palliativa registret gällande särskilt och ordinärt boende Örnsköldsviks kommun 2015.

## Övergripande mål och strategier för nästkommande år.

- Vidareutveckla multiprofessionell teamsamverkan.
- Minska läkemedelsavvikelser genom fortsatt förbättringsarbete vid enheterna.
- Fortsatt arbete för palliativ vård samt vård och omsorg vid demenssjukdom enligt nationella riktlinjer.
- En strategisk plan för rehabilitering/ habilitering ska arbetas fram.
- Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete