

Rapport

# PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2016

2017-01-31



ULRICEHAMNS  
KOMMUN

Ulricehamns kommun  
**Sektor Vårld, Beställning och kvalitet**

**Lena Sjöberg**  
**Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

# Innehåll

1	Inledning .....	4
1.1	Övergripande mål, kvalitet i hälso- och sjukvård .....	4
2	Kvalitet och patientsäkerhet.....	5
2.1	Avvikelsehantering, intern .....	5
2.2	BPSD.....	6
2.2.1	Planerad insats under 2017 .....	6
2.3	Hygien.....	7
2.4	Svenska HALT.....	7
2.5	Palliativregistret.....	8
2.5.1	Planerad insats under 2017 .....	9
2.6	Senior alert .....	9
2.6.1	Planerad insats under 2017 .....	9
2.7	Tandvård .....	10
2.7.1	Planerad insats under 2017 .....	10
3	Läkemedel/delegering.....	10
3.1	Avvikelser .....	10
3.1.1	Planerad insats under 2017 .....	11
4	Dokumentation.....	11
4.1	Planerad insats under 2017 .....	11
5	Samverkan mellan vårdgivare .....	12
5.1	SAMSA.....	12
5.2	Avvikelser i Närvårdssamverkan .....	12
5.3	Inkontinensprojekt .....	12
6	Anmälan om vårdskada.....	13
6.1	Lex Maria.....	13
6.2	Lex Sarah .....	13

# 1 Inledning

## 1.1 Övergripande mål, kvalitet i hälso- och sjukvård

Att utifrån SOSFS 2011:9 verka för ett ledningssystem, gällande patientsäkerhet, som är känt, används och följs inom samtliga kvalitetsområden och i all berörd verksamhet.

Att, genom att fortlöpande kvalitetssäkra rutiner och processer samt granska verksamhetens insatser, säkerställa att den enskilde och närstående får den vård, omsorg och behandling som utlovats.

**MAS** (insatser från sjuksköterska) **och MAR** (insatser från Rehabiliteringspersonal) **har som ansvarsområde att:**

- Utforma lokala rutiner utifrån gällande lagstiftning och vid förändring eller nyheter i lagar och förordningar anpassa rutinerna efter dessa.
- Hålla berörda verksamheter informerade om ovanstående.
- Bevaka kvalitet och säkerhet i kommunens insatser till den enskilde utifrån ett helhetsperspektiv och på övergripande nivå.
- Utifrån detta identifiera de processer som förekommer samt kontrollera att dessa följer lagar och förordningar inom respektive område.
- Identifiera, värdera och informera till vårdgivare och utförare om uppkomna brister inom hälso- och sjukvård.
- Tillsammans med berörda verksamhets- och enhetschefer diskutera, utarbeta och implementera förbättringsåtgärder.
- Följa upp de åtgärder som vidtas för att förhindra brister/förbättra vård- och omsorg i all berörd verksamhet.

Vid insatser gällande de sex områdena Kvalitet och patientsäkerhet, Läkemedel, Delegering, Dokumentation, Samverkan mellan vårdgivare och Anmälan om vårdskada har MAS/MAR ett uppdrag att självständigt och på eget ansvar utforma och sprida information om gällande rutiner, samt att därefter kontrollera följsamheten till dessa.

*Under varje nedanstående område redovisas resultat av insatser och uppföljning för 2016, om möjligt i jämförelse med föregående år, samt förslag till fortsatt omhändertagande under 2017.*

## 2 Kvalitet och patientsäkerhet

Området följs upp och granskas via avvikelshantering, ett antal olika kvalitetsregister samt intern granskning.

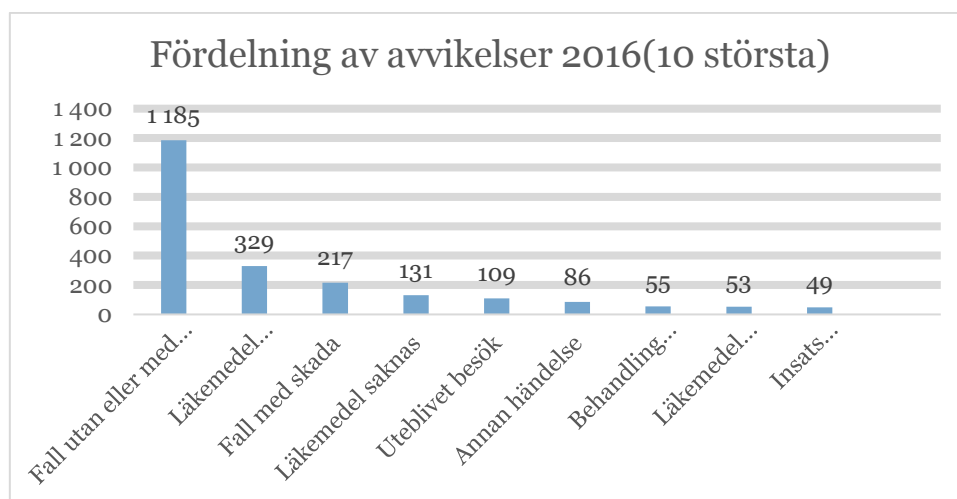
### 2.1 Avvikelsehantering, intern

Följande uppgifter är hämtade ur Sektor Velfärds årliga sammanställning av rapporterade avvikelser.

Under 2016 rapporterades totalt 2 938 avvikelser. Att jämföra med 2014 – 2 363 stycken och 2015 – 2 546 stycken. Ökningen bedöms mera vara som en följd av att undertecknad, i möte med stora personalgrupper, har diskuterat och förklarat vikten av, och skyldigheten att, rapportera avvikelser. Ökningen är till följd av ovanstående snarare en minskning av tidigare mörkertal, än en försämrad vård och omsorg.

Därtill tillkommer att IFO under 2016 börjat skriva in avvikelser i systemet.

Diagrammet nedan visar de nio största områdena i avvikelshantering.



**Avvikelser gällande fall med eller utan skada** utgör 48 % av det totala antalet avvikelser. I likhet med tidigare år rör näst största avvikelseområde läkemedelshantering (20 %).

Allvarliga händelser granskas och bedöms vad gäller eventuell anmälan om vårdskada enligt Lex Maria. Med allvarlig händelse menas här patient, som enligt notering i aktuell avvikelse/journal fått uppsöka annan vårdgivare för bedömning i det akuta skedet. 58 stycken avvikelser enligt ovan har identifierats. Fördelningen mellan ordinärt och särskilt boende är nästan jämlikt.

Av dessa 58 har fallolyckan orsakat påtaglig skada i 33 fall med skador enligt nedanstående.

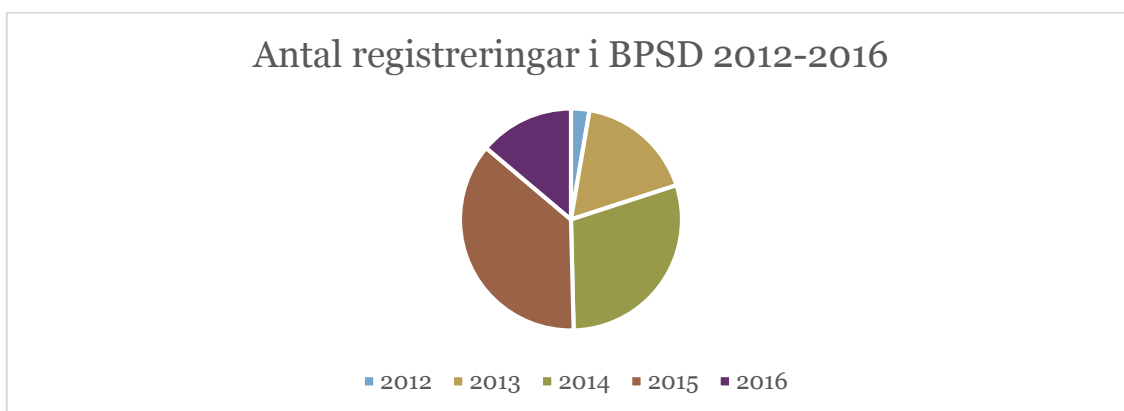
	Fraktur skelett	Mjukdelsskada	Sårskada
2016:	26 st.	4 st.	3 st.
2015:	13 st.	6 st.	2 st.

Under 2016 har 30 personer i ordinärt boende fallit 4 gånger eller mer. Tillsammans har de fallit 184 gånger. Av dessa har en enda person fallit 24 gånger. Detta visar på hur komplext problemet med fallprevention är och innebär därför en viktig del i bedömningen av, och arbetet med, förebyggande åtgärder även i det egna hemmet. I regel påbörjas förebyggande åtgärder vid risk för fall redan när någon flyttar in på särskilt boende, vilket innebär att fallpreventionens innehåll varierar.

MAS/MAR, arbetsterapeut, hjälpmedelstekniker med flera, har under året informerat om fallprevention, visat hjälpmedel, diskuterat läkemedel och nutritionsfrågor både inom äldreomsorgen och på Oasen under en riksomfattande kampanj – Balansera mera.

## 2.2 BPSD

*Svenska BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet.*



Det är få register som är så användbara i praktiskt patientarbete som BPSD. Det är därför av stor vikt att implementera användandet i hela verksamheten. Tyvärr syns ett trendbrott under 2016 i vilket registreringarna minskat markant. Orsaken kan tolkas som en följd av att Hälso- och Sjukvårdsverksamheten stått i förändring och personalbrist under året och där, bland annat, tidigare utbildade BPSD- sjuksköterskor avslutat sin anställning eller bytt arbetsplats.

I jämförelse med riket och Västra Götalands län har Ulricehamn utmärkt statistik vad gäller upprättad bemötandeplan och genomförd läkemedelsöversyn. Andelen personer med olämpliga läkemedel har tidigare legat väl till men en ökning med 12 % skedde under 2016.

### 2.2.1 Planerad insats under 2017

1. Utbildning av en sjuksköterska och en arbetsterapeut med specialintresse för området som därmed får behörighet att utbilda övrig personal och registratorer. (Utbildningen har tidigare skett externt).
2. Grundutbilda all hälso- och sjukvårdspersonal.
3. Planera och påbörja utbildning av team, på de olika enheterna för demens.
4. Tydliggöra kommunens arbete och behov av samverkan med primärvården i lokal Närvårdssamverkan.

## 2.3 Hygien

*Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. För att erbjuda alla vårdtagare ovanstående ska varje organisation ha tillgång till vårdhygienisk kompetens, vilket innefattar både grundläggande kunskap hos all vårdpersonal och tillgång till vårdhygienisk expertis samlad i en vårdhygienisk enhet.*

Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras två gånger/år.

Rutinen för kommunens arbete vad gäller hygien är väl känd och flera verksamheter har under året visat ett stort intresse för frågan. MAS har deltagit på arbetsplatsträffar i flera verksamheter. Inom äldreomsorgen med mer övergripande information, och inom Funktionsnedsättning mer med rådgivning angående enskilda individärenden. I samband med detta har rutinen också gått igenom och diskuterats.

Det har varit en utmaning att hitta en balans mellan god och patientcentrerad vård och den respekt som krävs (ibland gränsande till oro) för omhändertagande av personer som är bärare av alltmer vanligen förekommande resistenta och svårbehandlade bakteriestammar.

## 2.4 Svenska HALT

*Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området.*

MAS och en Distriktssköterska har utbildat sig, planerat för och genomfört Svenska HALT på alla kommunens äldreboenden inklusive korttid under två veckor, hösten 2016. Förutom vårdrelaterade infektioner och användning av antibiotika kan vi ur statistiken utläsa ett antal intressanta parametrar som delvis redovisas nedan. Fortsatt studie av data skall ske, därefter planeras insatser för 2017.

280 personer registrerades, 181 kvinnor och 99 män (alla enheter). I hela riket har totalt 18 613 deltagit i studien.

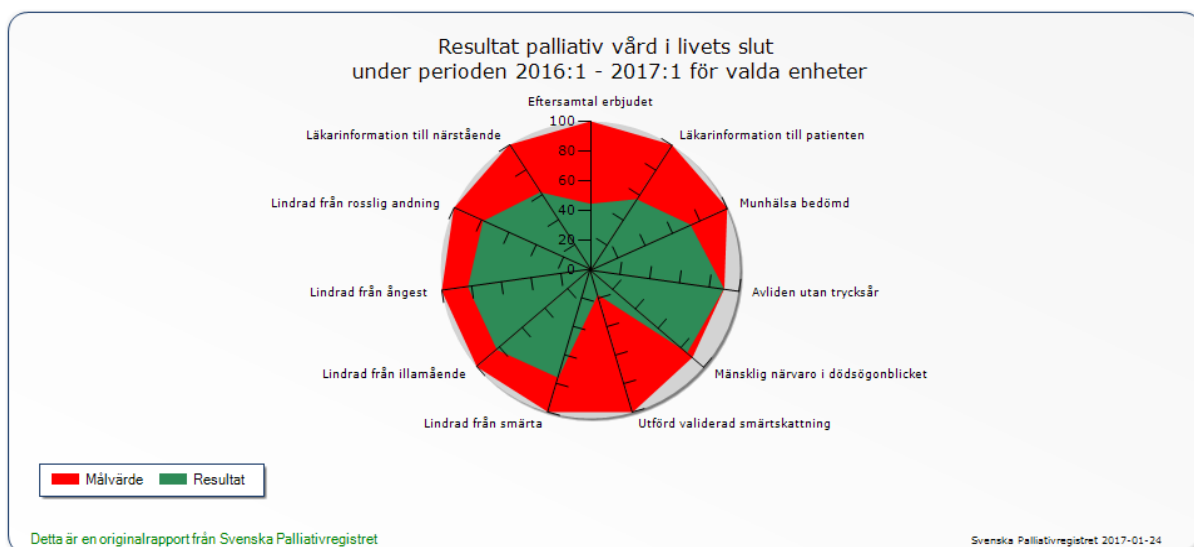
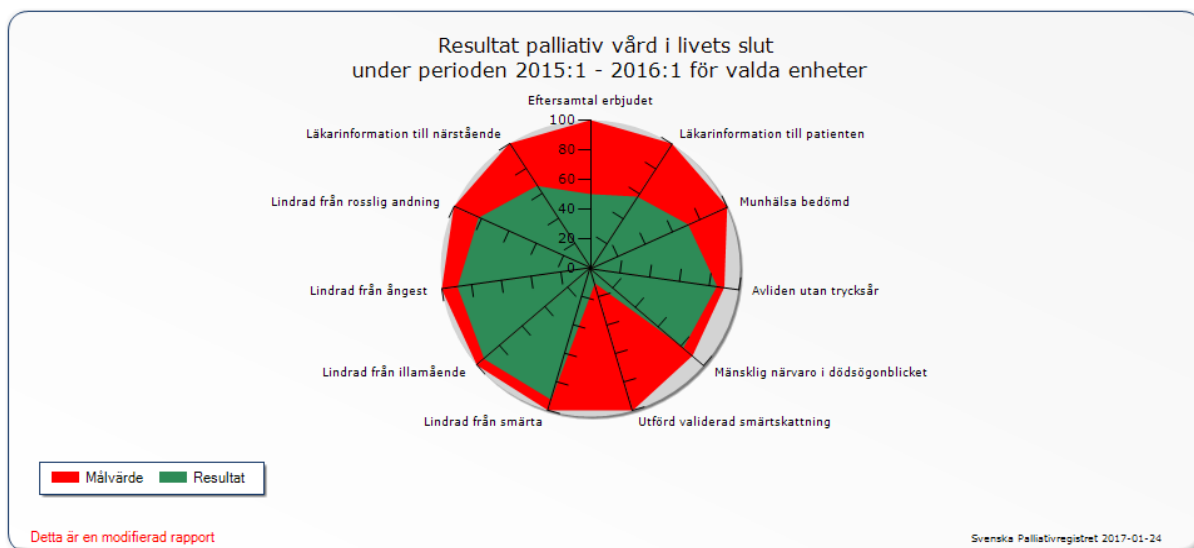
	<b>Ulricehamn (%)</b>	<b>Riket (%)</b>
<i>Vårdtyngdsfaktorer:</i>		
• Desorientering (tid och rum)	61,1	63,5
• Inkontinens	58,2	60,5
• Säng/rullstolsbunden	40,7	39,9
<i>Risikfaktorer(utvalda):</i>		
• Urinkateter	8,6	9,4
• Trycksår	7,5	4,4
• Andra sår	10	9

Åtta olika infektionsområden registreras. Av dessa förekom endast två i Ulricehamn. Urinvägs- och hudinfektion i fem fall. 13 personer (4 %) hade antibiotikabehandling, vilket är något högre än Rikets (3 %).

## 2.5 Palliativregistret

*Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut.*

Nedanstående visar resultaten av den dödsfallsenkät som åligger sjuksköterska att fylla i efter varje dödsfall som sker i kommunens hemsjukvård.



Resultatet för 2016 visar som synes i diagrammen en försämring jämfört med 2015 vad gäller lindring av symtom. Det finns också brister vad gäller brytpunktssamtal i vilket läkare skall informera patient och anhöriga. Användande av validerat instrument för smärta har introducerats men används ej enligt ovanstående.



## 2.5.1 Planerad insats under 2017

1. Introduktion av nytt nationellt program för palliativ vård.
2. Utformande av lokal handlingsplan i samarbete med primärvård i Ulricehamn.
3. Införande av validerad smärtskattning som rutin vid vård i livets slut.

## 2.6 Senior alert

*Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Vad gäller undernäring, fall, inkontinens, munhälsa och trycksår. Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet i samarbete mellan kommun och region.*

Under 2016 har registret på grund av betydande förändringar inom hälso- och sjukvårdsverksamheten tillsammans med svårigheter att täcka verksamhetens behov av legitimerad personal, fått stå tillbaka för mer akut verksamhet.

Vid uppföljning av fall med skada i avvikelssystemet kan brister i användandet konstateras. Senior Alert är ett "levande" register som skall användas kontinuerligt vid förändringar i patientens tillstånd. Vid, till exempel, upprepade fall ska en ny bedömning genomföras. En närmare granskning har utförts utifrån de personer som registrerats i avvikelse hantering under området "fall med skada".

Följande har uppmärksammats:

- 70 % av fallen sker dag-kväll.
- 39 % av totalt antal fall har inte lett till ny bedömning i Senior Alert.
- För 38 % av ovanstående grupp har inga åtgärder dokumenterats.

Där åtgärder finns dokumenterade har följande insatser föreslagits (de fem främsta):

- Rörelselarm (28)
- Mer tillsyn (24)
- Se över hjälpmedel (19)
- Påminna om att använda hjälpmedel (18)
- Antihalksockor (10)

### 2.6.1 Planerad insats under 2017

1. Kontroll av följsamhet till övriga parametrar i registrerat.
2. Kontroll - Rörelselarm är en begränsningsåtgärd som kräver utredning innan införande, finns detta?
3. Kontroll - har punkt två – mer tillsyn fullföljts?

## 2.7 Tandvård

Den som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om N-tandvård, vilket innebär att personen betalar samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården. Intyg om N-tandvård ger dig även rätt till en årlig munhälsobedömning hemma i din bostad.

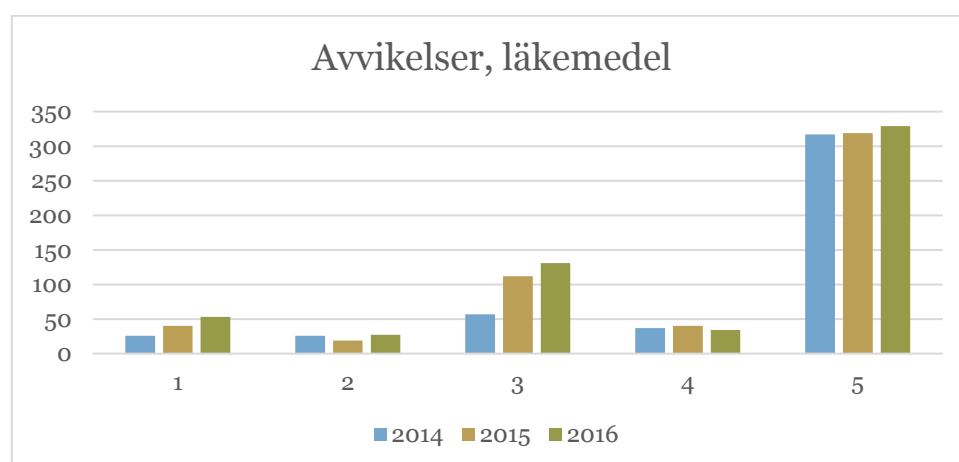
- Kommunen har 26 förskrivare.
- Vid demens, psykisk sjukdom och kognitiv nedsättning är bedömningen av särskilt stor vikt. Bedömningen är att fler personer än de som idag har tandvårdsintyg är berättigade till ett sådant.

### 2.7.1 Planerad insats under 2017

Kontroll att personer med ovanstående problematik har få ta del av förmånen.

## 3 Läkemedel/delegering

### 3.1 Avvikelser



Diagrammet visar:

Läkemedel:

1. feldosering
2. förväxling
3. saknas
4. upptäckt fel dos
5. utebliven dos

Under avvikelseområde 2 skall noteras att reellt antal är betydligt mindre än vad som framgår av statistiken. Här finns ett antal felkällor och andelen förväxling – i den bemärkelsen att en person har erhållit någon annan persons läkemedel – uppgår till några få per år. Den skall utan tvekan betraktas som det allvarligaste felet i läkemedelshanteringen.

Totalt har 649 anställda pågående delegationsbeslut på en eller flera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Här uppmärksammas endast läkemedelshantering.

609 st. av totalen har delegation på läkemedelsgivning, 367 st. på insulingivning och 151 st. på att ge läkemedel i sond.

Delegation av delning i dosett har dragits in och är därmed en arbetsuppgift som endast skall utföras av sjuksköterska. 27 delegationer kvarstår. Kommunens önskemål om en ökning av ApoDos framförs kontinuerligt till primärvården och har förbättrats något under 2016. Enligt statistik från Apoteket AB har antalet patienter med ApoDos ökat från 239 stycken till 284 stycken. 45 patienter har därmed fått en säkrare läkemedelshantering under året.

### 3.1.1 Planerad insats under 2017

Ny översyn (senast genomförd 2014) av alla enheter inom äldreomsorg med fokus på följsamhet till rutin och samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

## 4 Dokumentation

Journalgranskning genomförs regelbundet (vartannat år).

Granskning sker inom följande områden.

- Förekomst av obligatoriska uppgifter.
- Vårdplaners förekomst, utformning och innehåll.
- Patientens delaktighet.

Förbättringsåtgärder krävs inom alla områden och följsamheten har inte förbättrats påtagligt sedan 2014.

Vad gäller patientens delaktighet ses problemet mer som en brist i dokumentation. Insats enligt hälso- och sjukvård tas i regel emot väl av patienterna, men införandet av IBIC (individens behov i centrum) och större nationella krav på att arbeta för patientens delaktighet och ansvar för sin egen vård kräver en förändring.

Loggning av journal skall ske regelbundet. På grund av bristande resurser har detta inte genomförts under 2016, vilket inte följer gällande regelverk och därmed är anmärkningsvärt.

### 4.1 Planerad insats under 2017

Utarbetande av en mall för samlad, skriftlig information som beskriver aktuella insatser inom hälso- och sjukvård. Dokumentet skall, om möjligt, upprättas i samarbete med patienten.

## 5 Samverkan mellan vårdgivare

### 5.1 SAMSA

Under hösten 2016 infördes ett nytt kommunikationssystem för informationsöverföring mellan region och alla kommuner i Västra Götaland vilket krävde stora insatser innan i form av intensiv planering, utbildning och också under genomförandet. En första utvärdering visar att funktionen är god och efterhand kommer ytterligare användarmöjligheter att presenteras i systemet.

Videovårdplanering har implementerats och blivit en naturlig del av arbetet för kommunens vårdplaneringsteam. Införandet har fallit väl ut både personmässigt och i patienthänseende och fortsatt utveckling kommer att ske.

### 5.2 Avvikelser i Närvårdssamverkan

Under året har 33 avvikelser skickats från kommun till region.

#### Avvikelserna består till största delen av:

- Brister i vårdplanering och följsamhet till vad som där bestämts ifråga om tid för hemgång, avsaknad av läkemedel, hjälpmedel m.m.
- Informationsöverföring – epikriser och läkemedelslistor har inte kommit i tid.
- Transportproblem – förseningar vid hemgång från SÄS trots överenskommelse och där kommunens personal finns på plats och får vänta.
- Uteblivna planerade läkarinsatser där läkare från primärvård, främst Närhälsan gång på gång inte har kommit på bestämd tid.

I regel har patient inte tagit någon större skada men i ett par fall har avvikelsen varit så allvarlig att SÄS kontaktats i omedelbar anslutning till händelsen.

Bristerna inom alla ovanstående områden innebär att de insatser som patienterna förväntar sig att få riskerar att bli för sent insatta och i värsta fall också felaktiga. Brist på läkarbesök kan fördröja sjukvårdsinsatser och därmed också försämra patientens tillstånd.

Under året har ett fåtal avvikelser inkommit vad gäller kommunens hälso- och sjukvård. Avvikelserna ha gällt felaktiga personuppgifter vid provtagning och upptäckt av ett trycksår hos en patient inom personlig assistans.

### 5.3 Inkontinensprojekt

Samarbetet mellan de tre kommunerna Bollebygd, Tranemo och Ulricehamn och FoU (högskolan i Borås) har fortgått under 2016. Arbetsgruppens intention är att tillse att alla som ingår i kommunens hemsjukvård och har drabbats av inkontinens skall erbjudas en basal utredning samt individuellt anpassade åtgärder, både vad gäller toalettvanor som inkontinensskydd.

## **6 Anmälan om vårdskada**

### **6.1 Lex Maria**

Utredning har genomförts i ett fåtal ärenden. Allvarlighetsgraden i dessa fall har inte varit sådan att anmälan till IVO bedömts som nödvändig. Nödvändiga förbättringsåtgärder har istället vidtagits internt.

### **6.2 Lex Sarah**

Undertecknad har utöver Lex Maria också utrett ett mindre antal Lex Sarah. Då rutinen för denna process har varit att utredning vid behov har beställts av berörd verksamhetschef och att utredningen, efter avslutande, har återlämnats för beslut om åtgärd förutsätter jag att redovisning sker inom respektive verksamhet.