



Östra Göinge Kommun

Ansvarig Kommunstyrelsen	Upprättad av Monica Rask-Carlsson	Berörda verksamheter Insatser i Hem, Boende, LSS	Fastställt datum OU 2012-05-24 § 35
Dokumentnamn Patientsäkerhetsberättelse			Diarienummer KS 2012/608.784

Sid 1/8

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare år 2011



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Avvikelser	6
Resultat	6
Övergripande mål och strategier för kommande år	7



Sammanfattning

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten är deltagande i de nationella kvalitetsregistren. Där Senioralert är till för att förebygga undernäring, fallrisker och risker för trycksår. Det palliativa registret ger kunskap för att varje person ska få en god vård i livets slutskede och därmed vara fri från besvärande symtom, få en god omvårdnad och de närstående ska känna trygghet genom information inför händelsen och erbjudas eftersamtal efter dödsfallet.

Patientsäkerheten har följts genom rapporter från kvalitetsregistren, uppföljning av uppgifter avseende vårdrelaterade infektioner, rapporter av fallincidenser och övriga avvikelser inom hälso- och sjukvården. Genom att personalen har arbetskläder minskar risken för vårdrelaterade infektioner. Antalet vårdrelaterade infektioner har minskat från 218 st år 2010 till 151 år 2011.

Genom måltidprojektet har måltidsmiljön och kosthållningen förbättrats. Recept på nyttigare mellanmål har tagits fram i samverkan med personal och brukare. Nattfastemätningar har gjorts, för att efter insatser för att minska nattfastan, ska följas upp med regelbundet återkommande mätningar.

Patientsäkerheten har ökat på Skogsbrynet genom kompetenshöjning av personalen, via utbildning med materialet Demensens ABC.

Personalen i kommunen rapporterar sedan många år avvikelser i det databaserade avvikelseprogrammet. Alla avvikelser analyseras lokalt på arbetsplatsen med mål att förebygga att liknande händelser inte upprepas. Svårare avvikelser analyseras centralt.

Kvalitetsrevisioner görs regelbundet för att följa upp kvalitetskriterierna inom kommunens och entreprenörers verksamhet.

Externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshandlingen har gjorts.



Övergripande mål och strategier

Övergripande mål är att varje patient/boende/brukare ska känna sig trygga och säkra i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minska.

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligare ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och tillräcklig kompetens hos personalen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, kommunstyrelsen.

Verksamhetschef HSL har ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 29, förordning 1996:933 och Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:10.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 24, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap, 3 § och Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:10.

Hälso- och sjukvårdspersonal har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen skall i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Varje medarbetare ska ges förutsättningar att kunna utföra sitt arbete på ett sätt så att god och säker vård kan ges.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Uppsatta mål för patientsäkerhetsarbetet följs genom att rapportera avvikelser i den IT-baserade avvikelsem modul som finns i journalsystemet. Varje månad lämnas rapport om vårdrelaterade infektioner till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Om någon akut smittsam virusinfektion uppstår skall det omgående rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Målen med minimerad nattfasta följs genom nattfastemätningar.

Vårdpreventivt arbete görs genom riskbedömningar av fallrisk, risk för undernäring och risk för trycksår. De flesta av riskbedömningarna har registrerat i kvalitetsregistret Senioralert. Även händelser som undervikt, fall och trycksår ska rapporteras till registret. Falltillbud registreras också i avvikelsemodulen.

Uppföljning av kvalitet på vården i livets slutskede (palliativ vård) sker genom att alla som avlider registreras i kvalitetsregister för palliativ vård. På Västanvid används också en standardvårdplan, Liverpool Care Pathway (LCP), den sista tiden i livets slutskede.

Standardvårdplanen ökar kvaliteten på omvårdnaden och vården.

Granskningar av kvalitetskriterier görs. Brukarundersökningar genomförs.



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Verksamheten har under året fortsatt registreringen i de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senioralert.

Genom stimulansbidraget har en dietist arbetat med ett måltidsprojekt för att förbättra måltidsmiljö och kosthållning hos brukare inom äldreomsorgens verksamhet.

Granskning av ett slumpmässigt valt antal journaler och genomförandeplaner görs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare.

All personal på Skogsbrynet har fått grundläggande utbildning om omvårdnad vid demenssjukdom.

Arbetskläder till personalen enligt SOSFS 2007:19, som innebär att alla ska ha rena arbetskläder varje dag.

Kvalitetsrevisioner har genomförts av egen verksamhet och verksamhet på entreprenad.

Uppföljning genom egenkontroll

Granskning av läkemedelshanteringen har genomförts tillsammans med en extern farmaceut.

Utöver de mätningar av trycksår som registreras i Senioralert har Medicinskt ansvarig sjuksköterska gjort en punktmätning av antalet trycksår i november.

Resultat av vårdprevention tas regelbundet fram från kvalitetsregistret. Likaså följs resultat från Palliativa registret regelbundet. De erhållna resultaten jämförs med andra kommuners resultat och med tidigare års resultat.

Kvalitetsrevisioner gjordes under 2011 av hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende och på Lindgården, särskilt boende drivet på entreprenad.

Interna granskningar med uppföljning av kvalitetskriterierna görs. Under 2011 redovisades granskning av äldreboendena Västanvid och Skogsbrynet. Även uppföljning av kvalitetskriterierna i hemtjänsten i kommunen redovisades under året.

En brukarundersökning inom särskilt boende genomfördes senhösten 2011, den kommer att redovisas under våren 2012. Inom hemtjänsten färdigställdes en brukarundersökning våren 2011.

I slutet av året gjordes en granskning av Attendo Care AB som på entreprenad driver Lindgården. Resultat redovisades januari 2012.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne
<http://www.kfsk.se/download/18.1e3fc24a12630f2792780006060/%C3%96vere nskommelse+som+reglerar+ansvar+och+samverkan+inom+h%C3%A4lso- +och+sjukv%C3%A5rdsomr%C3%A5det+mellan+Region+Sk%C3%A5ne+och+ko mmunerna+i+Sk%C3%A5ne.pdf>
- Överenskommelse om palliativ vård:
<http://www.kfsk.se/download/18.1e3fc24a12630f2792780006061/%C3%96veren skommelse+om+palliativ+v%C3%A5rd+i+Sk%C3%A5ne.pdf>



- Överenskommelse om rehabilitering:
<http://www.kfsk.se/download/18.1e3fc24a12630f2792780006059/%C3%96verenskommelse+om+habilitering+i+Sk%C3%A5ne.pdf>
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/ psykiskt sjukdom:
<http://www.kfsk.se/download/18.49d0cc3d11cf495b0ab8000133/Ramavtal+kring+personer+%C3%B6ver+18+%C3%A5r+med+psykisk+funktionsneds%C3%A4tning+-+psykisk+sjukdom.pdf>
- Samordnad vårdplanering:
<http://www.kfsk.se/download/18.55746f3812e09a7e24480006140/Rutiner+SVP+2011.pdf>
- Uppsökande tandvård:
[http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Hassleholm/233_DEF_uppsokande_tandvard_2011_08_31_\(2\).pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Hassleholm/233_DEF_uppsokande_tandvard_2011_08_31_(2).pdf)
- Samverkansavtal i nordöstra Skåne:
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/CSK/Centralsjukhuset_i_Kristianstad/For-wardgivare/Vardsamverkan/Samverkansavtal-i-nordost-Skane/

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska därför rapportera till vårdgivaren om risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Syftet med att rapportera avvikelser är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen för att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.

Riktlinjer för avvikelser beskriver vad som räknas som en HSL-avvikelse, vem som är rapporteringsskyldig och vilket ansvar var och en har.

Avvikelser rapporteras i det IT-baserade avvikelssystemet i Vård- och omsorgssystemet.

Avvikelseprocessen beskriver den vidare handläggningen av rapporterade avvikelser.

Riskbedömning och analys ska göras och återföring av resultatet ska återföras till enhetens personal. Lokala rutiner ska finnas på alla enheter.

Resultat

Resultat från vård i livets slutskede hämtade ur det palliativa kvalitetsregistret visar på varierande resultat på de olika enheterna. Jämförelser har gjorts med övriga rapporterande enheter i länet. Resultaten för förekomst av smärta, rosslighet, illamående, ångest/oro, andnöd och förvirring visar att kommunen är bättre än länsgenomsnittet. För ordinationer av vid-behovs-läkemedel, för lindring av svåra symtom den sista tiden, är ordinationerna för läkemedel mot smärta och rosslighet på samma nivå som länet i snitt. För ordinationer på läkemedel mot illamående och oro/ångest är frekvensen lägre än länsgenomsnittet.



Utbildning palliativ vård för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter har genomförts under 2011. Läkarna från vårdcentralerna deltog i samma utbildning.

Lokala rutiner för symtomlindring vid vård i livets slut har fastställs under året.

Resultaten från kvalitetsregister Senioralert, vårdprevention fallrisk, risk för undernäring och risk för trycksår har 196 riskbedömningar gjorts. Vissa enheter har arbetat mer med riskbedömningar än vad andra har gjort.

Vårdrelaterade infektioner var 2010 218 st och 2011 – 151 st.

Punktprevalensmätning av trycksår i november 2011 var 3 st.

Utbildning till personalen på Skogsbrynets demensboende i Demensens ABC har genomförts av 44 personer. Utbildningen utgår från de nationella riktlinjerna för demensvård.

Avvikelse var 2011 totalt 564 st för verksamhet utom Lindgården.

Varav

- fall 414, varav fall vid egen förflyttning 405
- felaktig/utebliven insats 119, därav läkemedel 106

Inrapporterade avvikelser från Attendo Care AB - Lindgården

- fall 130
- läkemedelsavvikelse 65
- övriga 24

Antal Lex Mariaanmälningar var 2011- 3 st. Därav var två inom kommunens verksamheter och en vid Attendo Lindgården. År 2010 var det 4 anmälningar.

Inga ärenden har kommit in till Patientnämnden 2011.

I öppna jämförelser har kommunen sämre resultat än medel för riket inom flera områden, bl.a. för bemötande, delaktighet, inflytande och väntetid för särskilt boende. Över medelvärdet för riket har bl.a. vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå och nöjdhetsindex för hemtjänst i sin helhet.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Kommunstyrelsens utskott för omsorg och utbildning har beslutat om sju kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården i kommunen. Dessa indikatorer är:

1. Undernäring – identifiera och förebygga
2. Fall – identifiera och förebygga
3. Trycksår- identifiera och förebygga
4. Vård och omsorg i livets slut
5. Läkemedelsgenomgångar
6. Livskvalitet i demensvård
7. Vårdrelaterade infektioner



Indikator 1, 2 och 3 skall registreras i kvalitetsregister Senioralert. Under året skall antalet riskbedömningar ökas men även utökas med att registrera de planerade och förebyggande åtgärderna, uppföljning och registrering vid händelser.

Vård och omsorg i livets slut innebär att alla personer har rätt till en god och värdig vård till döden inträffar. Alla dödsfall skall även fortsättningsvis registreras i Palliativa registret. Nya nationella vårdprogrammet för palliativ vård skall följas. Kompletterande fortbildning om vård i livets slutsked skall ges till den leg. personalen. Förbättring av föregående års resultat genom att använda evaluerade metoder för smärtskattning.

Antalet läkemedelsgenomgångar kommer att ökas och genomföras i samverkan med vårdcentralens läkare.

Livskvalitet kommer att mätas med Qualid, på de med de personer med demenssjukdom som är svårast sjuka.

Grundläggande utbildning om demens- Demensens ABC skall fortsätta så att fler personalgrupper kommer att omfattas av kompetenshöjningen.

Vårdrelaterade infektioner skall fortsätta att följas.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen görs via extern apotekare.