



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-02-26

Anna-Lisa Simonsson, Verksamhetschef

Gunilla Marcusson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

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	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Fortsatt arbete med de nationella kvalitetsregistren sker för att öka patientsäkerheten. Registrering i Palliativa registret fortgår. Nationella mätetal finns numera för landet. Nytt för året är kopplingen till demensregistret och BPSD delen. BPSD står för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Registrering i Senior alert fortsätter och detta register utökas med registrering av munhälsa som dock inte kommer att kunna analyseras förrän om ett år.

Patientsäkerheten följs genom rapporter från kvalitetregistren, uppföljningar inom verksamheterna, inrapportering av vårdrelaterade infektioner, rapporter av fallincidenter och övriga avvikelser inom hälso- och sjukvården.

Nattfastemätningar har genomförts inom enheterna.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelhanteringen har skett. Det framkom ett antal förbättringsförslag som respektive verksamhet ska arbeta med och vissa av dessa är åtgärdade såsom att ta bort gamla handlingar.

Egenkontroll har skett för läkemedelsförråden genom enkätuppföljning.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§

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 ska 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

SFS 2010:659,3 kap. 9§ och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, kommunstyrelsen. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt. Detta beskrivs i en rutin för kvalitetsuppföljning.

Verksamhetschef HSL har ansvar för att leda, samordna, utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet. Ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen patientsäkerhetsförordningen, Socialstyrelsens allmänna råd som innebär.

Bevaka att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Att delegeringar är förenligt med säkerheten för patienterna. Att göra anmälning om en patient i samband med vård eller behandling riskerats eller utsatts för allvarlig skada enligt Lex Maria.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Ska arbeta utifrån evidensbaserad vård och följa det riktlinjer och rutiner som beslutas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser ur avvikel-

sesystemet, genomgång av inkomna klagomål, uppföljning av journal-dokumentation. Statistik ska följas regelbundet så att trender kan spåras och följas. Falltillbud registreras också i avvikelsemodulen.

Förebyggande arbete innehåller arbete med registrering i befintligt kvalitetsregister såsom Senior alert. Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall undernäring och trycksår.

Användning av andra kvalitetsregister såsom palliativa registret, Demensregistret med BPSD medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras.

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

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

Målen med minimerad nattfasta följs genom nattfastemätningar.

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

SFS 2010: 659, 3 kap 10 § p 1-2

Utbildningsinsatser har fortsatt inom Demensens ABC, att dokumentera och använda ICF klassifikationssystem.

Utbildning har skett till leg. Personal kring nutrition och undernäring samt måltidsmiljön till all personal. Inom området funktionshinder pågår ett projekt kring hälsa och kost.

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

Granskning av ett slumpmässigt valt antal journaler och genomförandeplaner görs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare. Nytt journalsystem har införts under hösten och varje månad träffas en grupp för att följa upp avvikelser i systemet. Uppföljning av journaler visar att det sker förbättring av dokumentationen. Ny journal kräver annan uppföljning framöver.

Granskning av läkemedelshanteringen har genomförts tillsammans med

en extern farmaceut.

Kvalitetsrevisioner har genomförts av egen verksamhet samt entreprenad.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011: 9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p2

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.

Interna granskningar med uppföljning av kvalitetskriterierna görs.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap 3 § p 3

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

- Samverkansavtal i nordöstra Skåne:
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/CSK/Centralsjukhuset_i_Kristianstad/For-vardgivare/Vardsamverkan/Samverkansavtal-i-nordostra-Skane/
- Ledningskraft Östra Göinge kommun tillsammans med vårdcentraler och sjukhuset i Kristianstad.
- Samverkansavtal med vårdcentral avseende Rådgivning, Stöd och Fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar ska göras om det finns risk för att händelser skulle kunna medinträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta ska följas upp årligen i den kvalitetsredogörelsen. Under året har det inte redovisats några genomförda riskanalyser.

Avvikelser av allvarlig karaktär och om ska Lex Maria anmälas återkopplas till Medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för att utredning blir komplett och anmäler detta till Socialstyrelsen

Under året har 2 Lex Mariaanmälningar rapporterats.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

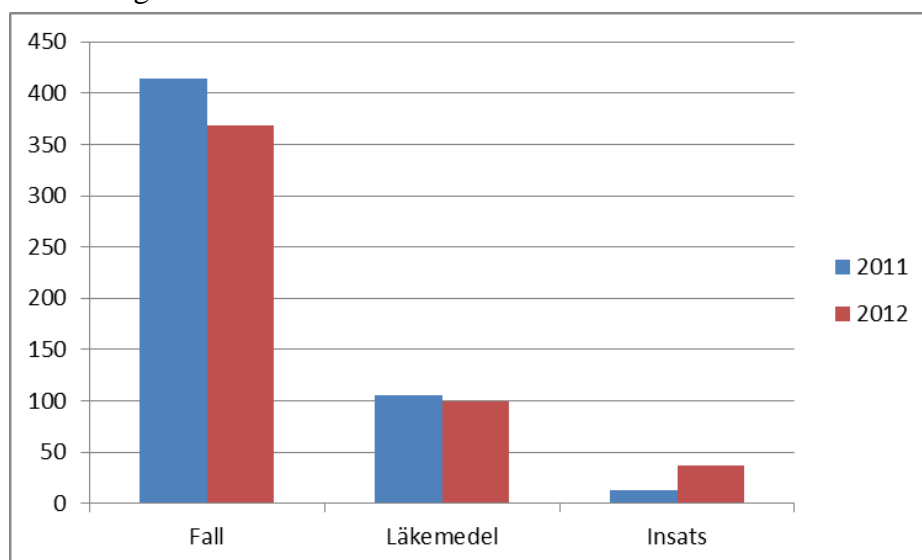
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelserns art utredas enligt rutin av ansvarig. Denna redogör för att det inom enheterna ska finnas forum där avvikelser diskuteras och analyseras för att ett ständigt förbättringsarbete ska pågå. Utökning av rapportering i systemet har skett inom socialtjänstens område.

Det totala antalet avvikelser 2012 är 506 stycken inrapporterade händelser. För 2011 var det 533 inrapporterade händelser.

Fördelning ses i nedan tabell



Då nytt verksamhetssystem tagit i bruk under hösten 2012 kommer statistiken att förändras i framtida rapporter som sammanställs därför presenteras ingen större analys av inrapporterat material.

När det gäller fall finns följande inrapporterade händelser

2011: 414 stycken och för 2012: 369 stycken

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Det finns inga rapporterade synpunkter eller klagomål inkomna från Patientnämnden under 2012. Kommunens egen hantering av klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen för 2012.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Det finns idag ingen bra sammanställning av insamlade uppgifter som kan ge denna bild på ett överskådligt sätt. För varje verksamhetstillsyn som sker har olika saker följts upp. Detta kommer att synas tydligare genom den revidering av ledningssystemets rutiner som pågår.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Central sker samverkan med Handikapporganisationen samt pensionärsorganisation.

Kommunens hemsida ska i framtiden också utvecklas för att ge en bra bild av hur kommunen arbetar

På enhetsnivå sker anhörigmöten där information och dialog sker. På enheterna sker även information om arbetssätt som används.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Registrering i Senior alert
- Registrering i Palliativa registret
- Kvalitetssäkring av dokumentationen enligt hälso- och sjukvårdslagen
- Kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen

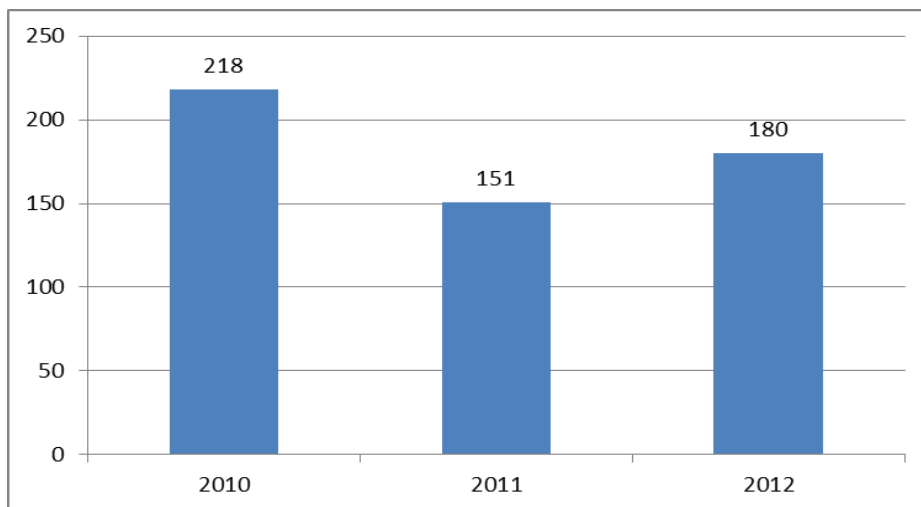
Processmått

- Alla som ska registrera i Senior alert ska ha utbildning
- Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ska registrera i Palliativa registret.

Resultatmått

Inrapporterade Vårdrelaterade infektioner

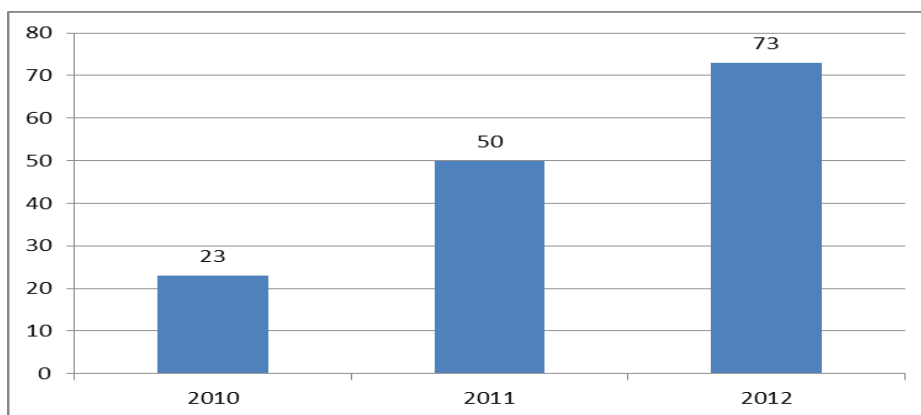
Inrapportering från 2010 och framåt ser ut på följande sätt se tabell nedan.



Palliativa registret för kommunen totalt oavsett driftsform (kommun, landsting eller privat)

Mål för brytpunktssamtal finns och det nationella täckningsgradsmålet är 70% vår kommuns täckningsgrad blev 67,7 % vilket innebär att detta inte uppnåddes.

Täckningsgrad av registrerade dödsfall över 65 år i procent
Från 2010 och framåt.



Journaldokumentation

Granskning av journaler visar att det under året har skett en ökning till 14,4 poäng i snitt av granskade journaler (max poäng är 20).

Förebyggande arbete för kommunen

Riskbedömningar i Senior alert är 179 stycken

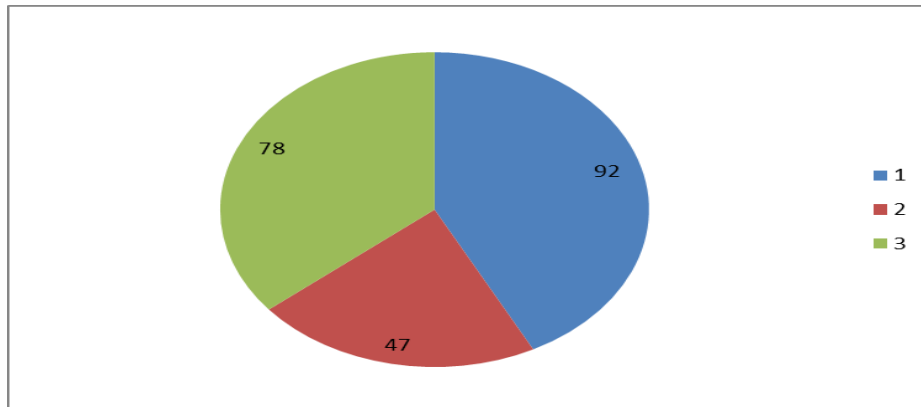
Täckningsgrad för särskilda boende och korttid är 75,5 % för 2012

Av de 179 riskbedömningar som är gjorda har följande resultat framkommit:

Risk för Fall har nr 1

Risk för Trycksår har nr 2

Risk för Undernäring har nr 3



Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheten att bedriva.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen har skett under året och det identifierades många förbättringsområden inom varje enhet.

Måluppfyllelse dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

Senior alert ska användas i större utsträckning i verksamheten på det sätt som registret är avsett att användas.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Introduktionsparmar ute i verksamheterna har olika kvalitet och innehåller olika rutiner och detta måste samordnas så vårdpersonalen kan få likvärdig introduktion.

Kvalitetsuppföljning ska innehålla tydliga mätbara mål över tid som kan jämföras bättre.

Fortsatt arbete med kvalitetsregistret Senior alert och den utökning av uppgifter som ska registreras och följas upp.

Uppföljning av identifierade förbättringsområden inom läkemedelshandlingen ska följas upp som identifierades vid kvalitetsgranskningen.