



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-08

Gunilla Marcusson Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
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
Informationssäkerhet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Samverkan med patienter och närstående	7
Sammanställning och analys	8
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

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

Under året har fokus legat mycket på det nya hälso- och sjukvårdsavtalet med Region Skåne och att erbjuda en sammanhållen vård tillsammans med primärvården.

Den palliativa vården har fått tillgång till en nationell vårdplan som ersätter LCP (standardvårdplan för patienter i livets slut) vilket kommunen tidigare arbetat med. Nu pågår arbete med att övergå från LCP till nationell vårdplan i livets slut.

I det preventiva arbetet har fortsatt utveckling skett med bedömningar och åtgärder som registreras i Kvalitetsregistret Senior alert och hjälpa omvårdnadspersonalen att upptäcka risker för fall, undernäring, trycksår, munhälsa samt inkontinens samt sätta in åtgärder och förebygga problem för patienterna.

Inom demensområdet har den påbörjade utbildningen för legitimerad personal och chefer fortsatt med ytterligare personal som deltagit.

Inom läkemedelsområdet följer kommunens olika aktiviteter fortfarande den positiva trend att antalet olämpliga läkemedel för äldre över 75 år minskar. Dock har ingen lösning kommit på nationell läkemedelslista som är ett måste för att säkerställa en samlad bild över en patients läkemedel. Detta är ett nationellt problem som det pågår arbete inom.

När det gäller vårdrelaterade infektioner har det inte genomförts någon mätning under 2016 men detta har återupptagits och under 2018 kommer årets resultat att publiceras. Även Vårdhygien har haft ett avbrott och dess mätning har inte genomförts utan får återupptas under 2018.

Risikanalyser och händelseanalyser har använts mer frekvent inom de olika enheterna.

Övergripande mål och strategier

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

Kommunen har mål utifrån fokusområden och programhandlingar. Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård finns verksamhetsmål för alla enheter att arbeta med förebyggande insatser samt en handlingsplan Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2017 för Östra Göinge kommun

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarig vårdgivare i kommunen är kommunstyrelsen. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas inom ledningssystemet. Ansvarsfördelning finns beslutad.

Verksamhetschef enligt § 29 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 och patientsäkerhetsförordningen, Socialstyrelsens allmänna råd som innebär:

- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. (Lex Maria)
- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare bestämt om, samt
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande

Kommunens ledningssystem har följande ansvarslydelse.

- att det finns behövliga rutiner och instruktioner för kommunal hälso- och sjukvård
- att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som behövs med hänsyn på de krav som ställs på

Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetet ska ske utifrån evidensbaserad vård och följa de riktlinjer och rutiner som beslutas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdskador mäts genom rapportering av avvikelser och punktprevalensmätning (PPM-mätning) via Halt mätning på hösten. Beslutade åtgärder kan finnas med som mätbara mål i handlingsplan.

Uppföljning och utvärdering sker regelbundet av handlingsplan eller mål följs upp i samband med budgetprocessen.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Det finns en utarbetad handlingsplan för sammanhållen vård- och omsorg samt andra områden som prioriterats under året.

Palliativ vård: En större fråga under 2017 har varit den palliativa vården med förbättringsåtgärder. Förberedelse för övergång från LCP till Nationell vårdplan Palliativ vård har påbörjats. Detta sker i samverkan med vårdcentral. Första steg var att genomföra en journalgranskning för att hitta svagheter i dokumentationen. Nästa steg blir utbildning av personal och förändringar i verksamhetssystemet Treserva.

Nutrition: Kommunen har egen dietist i verksamheten och har egna patientärende när behov föreligger. Hemtjänsten har därmed mer tillgång till att få handledning i sitt arbete med att förebygga fel/undernäring

Läkemedel: arbetet med att läkemedelsgenomgångar kan utföras fortsätter i samverkan med vårdcentralerna. Det är fortsatt en god utveckling med att olämpliga läkemedel för äldre minskar för 75 år och äldre. En bedömningskala som används av sjuksköterska för symtomskattning har reviderats.

Demensvård:Handledning inom hemtjänsten har skett under året av demenssjuksköterskan. Utbildning av biståndshandläggare, och legitimerad personal samt enhetschef under en vecka har skett även detta år. På individbas fortsätter mätning av livskvaliteten med instrumentet Qualid. En ökning av sämre upplevd livskvalitet kan ses hos enskild individ. Detta är mycket beroende på var i sjukdomen personen befinner sig när mätning sker och ska hanteras som ett komplement till handlingsplanen för BPS-problematik.

Vårdhygien: Fler kommunövergripande rutiner för Skåne har utarbetats tillsammans med vårdhygienisk kompetens. Bland annat kan nämnas för hjälpmedel och influensa.

Förskrivningsprocessen för medicin-tekniska produkter: En Nationell utbildning för legitimerad personal har genomförts. Detta ska stärka sjuksköterskans, arbetsterapeuten och fysioterapeutens arbete med bland annat delaktighet och värdekonflikter såsom skydds och begränsningsåtgärder.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Patientnämnden har fått 1 (ett) ärenden registrerat hos patientnämnden under året. Ärendet gällde utskrivning av medicin teknisk produkt som skrivs ut av läkare. Ärendet meddelas klagande och avskrivs därefter.

Avvikelser som berör överrapportering/planering i samband med utskrivning från sjukhus skrivs.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Samverkan mellan kommun, vårdcentraler, ASIH och sjukhuset i Kristianstad.
- Samverkansavtal med vårdcentral avseende Rådgivning, Stöd och Fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården
- Samverkan med intern och externa Lov-utförare
- Samverkan med Läkemedelsrådet
- Samverkan med terapigrupp Läkemedel och äldre

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Arbetet med processer för riskanalys och internkontroll i kommunens kvalitetsledningssystem har påbörjats och kommer att fortsätta under 2018.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar enhetschefen inom respektive verksamhet.

I de fall det förekommit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, eller oklarhet om bedömning av skada, informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska som handlägger avvikelser vidare och ansvarar för Lex Maria anmälan om sådan ska ske. Enligt HSLF 2017:41

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Kommunen har påbörjat ett strukturerat arbete med att säkerställa de system som innehåller personuppgifter med att analysera enligt KLASSA

Inom ett område som det genomförts en riskanalys är arbetsverktyget Funca Granskning av patientjournaler har skett för att säkra upp den palliativa vården inför införande av Nationell vårdplan palliativ vård. Loggkontroller genomförs enligt rutin och har inte hittat några oegentligheter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdpersonal rapporterar avvikelser i verksamhetssystemet som analyseras och utredas av chef. Efter utredning ska chef återkoppla till personalen. Ibland kan det vara en legitimerad personal som utreder och återför resultat på team möten.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål kan lämnas både muntligt och skriftligt. De synpunkter och klagomål som inkommer diarieförs och registreras i Flexite. Berörd chef utreder klagomålet och lämnar svar till den klagande.

Ett klagomål har lämnats in och utretts som berör återlämning av medicin teknisk produkt. Svar till klagande har lämnats.

Östra Göinge kommun har avtal med Region Skånes patientnämnd och Medicinska ansvarig sjuksköterska är förvaltningens kontaktperson. Under 2017 har ett klagomål behandlats av patientnämnden som berör handläggning av ett bostadsanpassningsärende. Detta ärende har lyfts till kommunförbundet för samverkan med Region Skåne om vad som gäller.

Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg och patientnämnden på inkomna klagomål eller synpunkter inom hälso- och sjukvårdslagen utförs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska alternativ verksamhetschef enligt lag. Yttrande redovisas till kommunstyrelsens omsorgs och utbildningsutskott.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående sker dagligen i samband med olika möten. Om den enskilde önskar är anhöriga ofta delaktiga i vårdplaneringen och/eller när samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Patienter blir informerade när avvikelser sker. Vid beslut om Lex Maria anmälan erbjuds alltid patienter/ närstående att beskriva sin syn på händelsen.

För att säkerställa patientens självbestämmande och integritet frågas patienten efter samtycke i kontakten med andra utförare eller vid registrering i nationella register.

Skriftlig information om kommunens hälso- och sjukvård, anmälan av synpunkter och klagomål, nationella kvalitetsregister, anhörigstöd m.m. finns att läsa på kommunens hemsida och anslagstavlor på vårdboende.

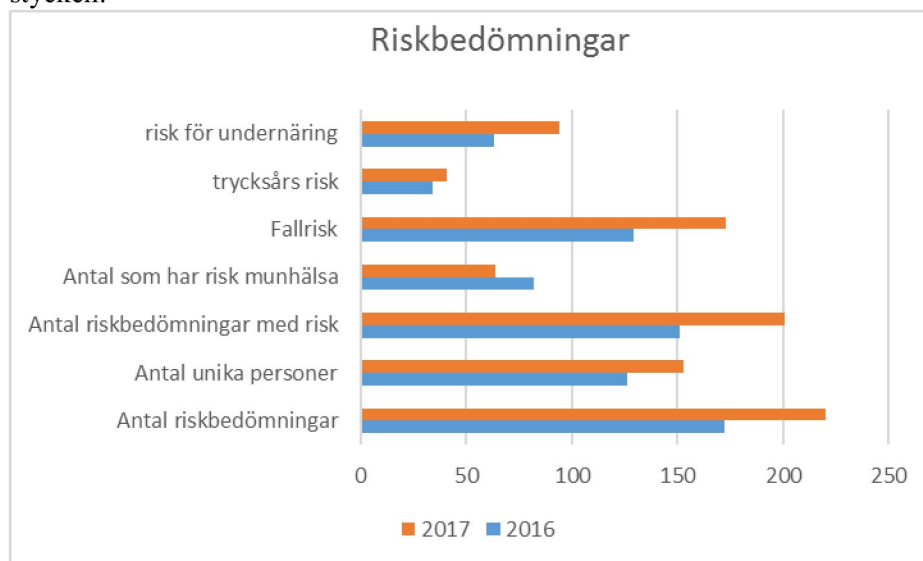
Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Nationella kvalitetsregister

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används. Detta register innehåller riskbedömningar inom nutrition, trycksår, fall samt munhälsa. Under året har det skett förändringar i hur resultat kan presenteras och här finns nu för de två senaste åren. För 2017 har ökning av antalet riskbedömningar skett från 172 till 220 stycken.



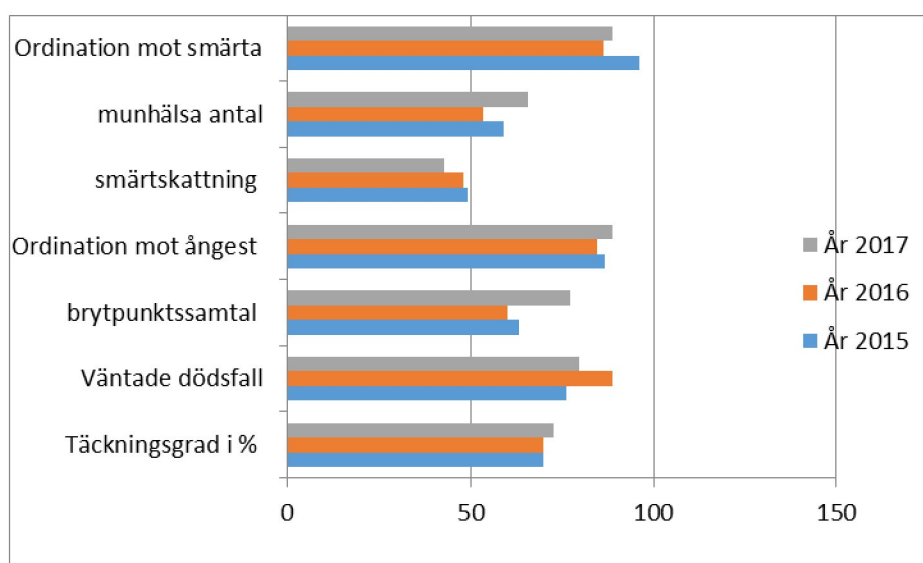
Varje enhet arbetar idag med förebygga ohälsa inom området.

Palliativregistret

Palliativregistrets resultat gäller för personer som är folkbokförda i Östra Göinge kommun och oavsett huvudman som ombesörjt vården (kommun, landsting eller privat vård)

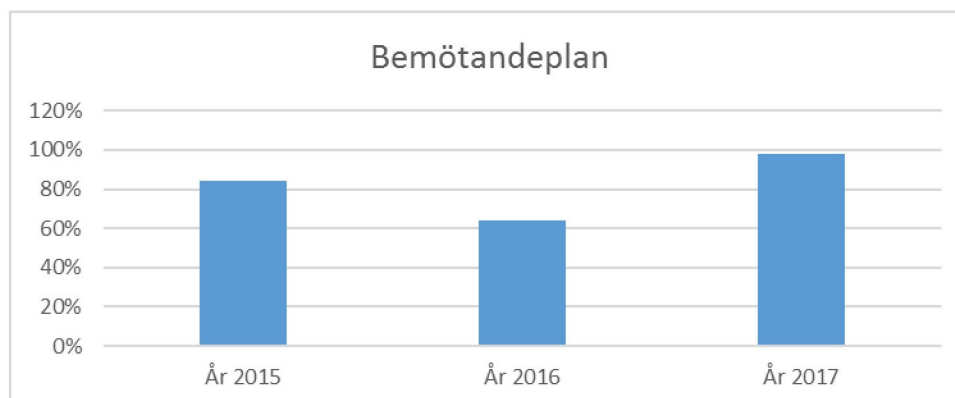
Mål för brytpunktssamtal finns och det nationella täckningsgradsmålet är 90 % Östra Göinge kommuns täckningsgrad blev 72,6 % vilket innebär att målet inte uppnåddes.

Det finns ytterligare ett antal parametrar som kan följas inom den palliativa vården



BPSD registret

Registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) sker enligt rutin på särskilda boende. Detta gäller inte endast den kommunala verksamheten utan även övriga aktörer. Siffror hämtats ur kvalitetsportalen, BPSD som även innehåller uppgifter från privata verksamheter inom Östra Göinge kommun. Statistik är som presenteras är antalet upprättade bemötandeplaner som är gjorda.

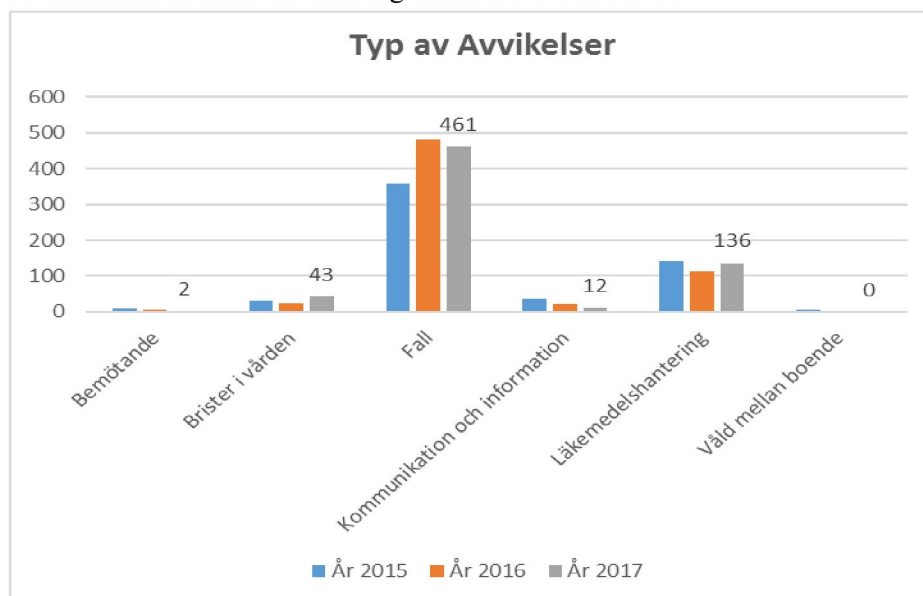


Särskilda boende ska göra bedömning utifrån BPSD-registrets arbetsmodell. Ett utgångsvärde tas fram vid inflyttning på vårdboende och sedan följs detta enligt individuell plan. Detta arbete har integrerats på vårdboendet i det kvalitetsarbete som sker för att ge en god demensvård. Under 2016 förekom en minskning av arbetet men följs numera upp på fast möten.

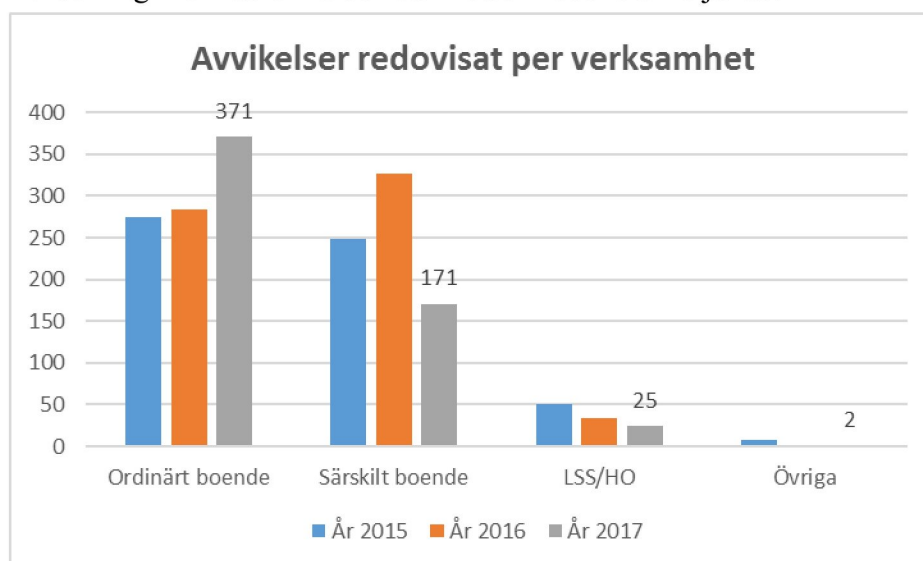
Avvikelser

Det totala antalet inrapporterade avvikelser 2017 är 639.

Avvikelserna är inom de båda lagrummen SOL och HSL.



Fördelning inom de olika verksamhetsområdena är följande:



Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras mest.

För 2017 finns 461 stycken fallrapporter registrerade. Endast 13 skador har redovisats. Det finns 3 frakturer samt 10 rapporter med sår eller blåmärke.

Läkemedel har 136 avvikelser inrapporterade varav 100 avvikelser är åtgärden att överlämna läkemedel.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hälsa och omsorg har en handlingsplan i samverkan med primärvård, ASIH och sjukhus för att samverkan arbeta med beslutade processer.

Resultatet utifrån uppsatta mål i handlingsplanen

Mål	Uppnått	Ej upp- nått	Kommentar
Registrering i palliativa registret ska uppnå 70 %	ja		
Smärtskattning ska öka till 75 % (palliativregistret)		nej	
Injektionsmedel mot ångest öka till: 90 % (palliativregistret)		nej	
Bedömning av munhälsa ska öka till: 75 % (palliativregister)		nej	
Antalet personer som har bemötande plan ska vara 80 % (BPSD)		ja	
Utbildning inom olämpliga läkemedel till sjuksköterskor	genomförd		
Andelen olämpliga läkemedel >75 år			Kommunen följer Region Skånes trend och minskar användningen
Delta i Läkemedelsgenomgångar med hälsovalsenheterna			

Sammanhållen vård och omsorg

Kommunen samverkar med andra aktörer för att en SIP (samordnad individuell plan) ska erbjudas en patient. Syftet är att skapa en trygg och säker vård och omsorg i hemmet. Denna plan ska finnas tillgänglig för alla aktörer och patienten har sitt exemplar av planen hemma hos sig.

Fortsatt arbete kring implementering av det nya hälso- och sjukvårdsavtal med Region Skåne har skett under året.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Implementera nationella målnivåer succesivt under de närmaste åren för att uppnå en god vård och mer jämlik vård. Teckna abonnemang med Svenska palliativregistret som stöd för fortsatt utveckling inom verksamheterna.
- God demensvård: Påbörja implementera de reviderade nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- God läkemedelsbehandling: Fortsätta med läkemedelsgenomgångar.
- Vårdrelaterade infektioner; utifrån Halt-mätning kunna följa vårdskaderisken inom området.
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2018 arbeta med införande av Trygg hemgång och att kunna möta upp mobilt hemtagningsteam tillsammans med primärvården.
- Fortsätta arbetet med hur rapportering av avvikelser kan underlättas och förebyggas. Implementera uppgraderad modul i verksamhetssystemet som underlättar analysarbetet och åtgärdsförslag.