

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-02-16

Gunilla Marcusson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Östra Göinge
kommun

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Övergripande mål och strategier	3
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
4 Struktur för uppföljning/utvärdering	4
5 Uppföljning genom egenkontroll	5
6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
7. Samverkan för att förebygga vårdskador	7
8 Riskanalys	7
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
10 Hantering av klagomål och synpunkter	9
11 Samverkan med patienter och närstående	9
12 Resultat	9
14 Övergripande mål och strategier för kommande år	14

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 det nationella kvalitetsregistret Senior alert sker för att öka patientsäkerheten inom områdena fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Registrering i Palliativa registret fortgår för att identifiera förbättringsområden. Nationella mätetal finns framtagna i den nationella kvalitetsportalen. Fortsatt arbete med att använda BPSD registrets metod för att utreda och sätta in lämpliga insatser/omvårdnadsåtgärder kring demensproblematik. BPSD står för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Patientsäkerheten följs genom rapporter från kvalitetregistren, uppföljningar inom verksamheterna, inrapportering av vårdrelaterade infektioner, rapporter av fallincidenter och övriga avvikelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Sjuksköterskorna i kommunen har fått en utbildning kring kliniska bedömningar för att kunna få vägledning på vilken vårdnivå som en patient med akut försämring ska kunna få läkarvård. Beslutsstödsutbildningen genomfördes i början av året tillsammans med Nordost kommunerna. Uppföljning via enkät visar på att sjuksköteskan får stöd i handläggning när ett akut hembesök med akut sjukdom sker.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande ansvar är att vårdgivaren genom planering, ledning och kontroller av verksamheten visa på att kravet på god vård upprätthålls.

Kommunen har mål utifrån fokusområden och programhandlingar. Inom socialtjänstens hälso- och sjukvård finns fokusområde; Boende med resultatmål och verksamhetsmål som beskriver följande områden; inflytande och delaktighet, information, tillgänglighet samt måltider. Verksamhetsmål innehåller även gott bemötande. Dessa mål kan inrymmas inom vårdgivarens ram för ansvar gällande patientsäkerhetsarbete.

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, dvs. 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 förordnat om, samt
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande

Kommunens ledningssystem har följande ansvarslydelse.

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

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.

Kommunen har under året fått tillgång till vårdhygienisk kompetens i samverkan med Region Skåne.

Kommunen är skyldig att ha patientnämndsverksamhet och avtal finns med Region Skånes patientnämnd.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Verksamhetsuppföljning sker av medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare. En årsplan finns framtagen för uppföljning. Inhämtning av specifika frågor från ledning inhämtas. Rutiner för uppföljning finns i ledningssystemet. Återkoppling sker genom en rapport till utskott och kommunstyrelse

I verksamhetsuppföljning ingår bl. a:

- Brukarundersökningar.

- Möten och besök i verksamheten, uppföljning av rutiner mm.
- Uppföljning av dokumentation.
- Specifika frågeställningar
- Analys av Öppna jämförelser.
- Utredningar av avvikelser och Lex Maria
- Uppföljning av synpunkter och klagomål.

Handlingsplan för Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre styr till viss del granskning av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser.

Uppföljning genom egenkontroll

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

En gemensam handlingsplan för Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns framtagna i samverkan med Primärvård, ASIH och sjukhusen i nordost. Följande områden anges

- **God vård i livets slutskede:** Om alla som avlider registreras i kvalitetsregister för palliativ vård registreras kan kommunen följa upp resultat på fler områden. Följande parametrar uppmärksammas speciellt; förekomst av brytpunktssamtal, smärtskattning samt munhälsa.
- **Preventivt arbetssätt:** Förebyggande arbete innehåller arbete med att arbeta utifrån kvalitetsregistret Senior alert och kunna registrera resultatet. Identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall undernäring och trycksår samt munhälsa. Kommunen följer upp antal riskbedömningar i särskilt boende samt inom hemsjukvården. Införande av nya områden diskuteras.
- **God vård vid demenssjukdom:** Kommunen kan följa personcentrerad vård genom att utföra BPSD-bedömning. Detta kan registreras i ett register. För att mäta livskvaliteten hos personer med svår demenssjukdom används ett instrument som heter Qualid och som mäter livskvaliteten. Mätning görs två gånger per år och är ett individuellt mätvärde framkommer och som kan följa den enskilde patienten välmående. Placering av en patient på ett demensboende måste föregås av en demensutredning så rätt vård kan ges på rätt plats.
- **God Läkemedelsbehandling för äldre:** Kommunen medverkar med vårdcentralerna i kommunen vid läkemedelsgenomgångar. Kommunen utför en symtomskattning och tar ev. prover efter ordination. Även läkemedel till den palliativa vården följs så att den finns ordination att tillgå för sjuksköterskan.
- **Sammanhållen vård och omsorg;** Kommunen initierar och samverkar vid samordnad individuell plan (SIP) samt vid hembesök tillsammans med läkare.

Övrig uppföljning

- **Vårdskador** mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser ur avvikelssystemet, genomgång av inkomna klagomål, uppföljning av journaldokumentation. Statistik följs regelbundet så förbättringsområden kan identifieras.

- **Övrigt Patientsäkerhetsarbete:** Kommunen rapportera avvikelser i den IT-baserade avvikelsemodul som finns i journalsystemet. Varje månad registreras ev. förekomst av vårdrelaterade infektioner till egenkontrollens statistik. Om någon akut smittsam virusinfektion uppstår ska det omgående rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Punktprevalensmätning (PPM-mätning) – trycksår samt basala handhygien och klädregler har genomförts och ska fortsättningsvis ske med kontinuerliga mätningar.

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

SFS 2010: 659, 3 kap 10 § p 1-2

- Munhälsobedömning finns numera för registrering både inom Senior alert förebyggande arbete och vid vård i livets slut till palliativa registret
- Verksamheten har under året fortsatt registreringen i de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert.
- Granskning av ett slumpmässigt valt antal journaler och genomförandeplaner sker av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare.
- Uppgradering av verksamhetssystemet Treserva har skett under året och vad avser Avvikelsemodulen har denna förbättrats något. Metodstöd och instruktioner har utvecklats och numera finns bättre stöd för att använda Avvikelserapportering och analys av rapporter samt delegering till personal av sjukvårdsuppgifter och samtyckesregistrering. Uppföljning av journaler visar att det sker förbättring av dokumentationen.
- Kvalitetsrevisioner har genomförts av egen verksamhet samt entreprenad.
- Kommunen har för första gången deltagit i den nationella Punktprevalensmätningen inom Fall och Trycksår samt basal handhygien och klädregler. Dessa har genomförts under vår och höst inom kommunens särskilda boende.
- Via Ledningskrafts lokala samt för nordost framtagna handlingsplaner genomfört arbete inom de nationella områdena (God vård i livets slutskede, Preventivt arbetssätt, God vård vid demenssjukdom, God läkemedelsbehandling för äldre Sammanhållen vård och omsorg) arbetet med de förbättringsförslag som tagit fram gemensamt. Kommunen arbetar med att uppfylla de nationella måtvärde som är uppsatta.
- Via Ledningskraft deltagit i ett projekt med Nordost kommunerna, sjukhuset primärvården och ASIH för att ta fram ett beslutstöd för sjuksköterskor när de gör hembesök och patienten har förändrat hälsotillstånd. En gemensam struktur för att göra bedömning och rapportering till nästa vårdgivarkontakt finns framtagen.

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. Dessa revideras årligen i de delar som behövs.

- Samverkansavtal i nordöstra Skåne:
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/CSK/Centralsjukhuset_i_Kristianstad/For-vardgivare/Vardsamverkan/Samverkansavtal-i-nordost-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
- Samverkan mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne kring läkemedelsfrågor finns förankrat. Under 2013 har ett utbildningsmaterial kring olämpliga läkemedel för äldre tagits fram där medicinskt ansvarig sjuksköterska deltagit. Denna Webb-utbildning är tillgänglig på Webben och bevis för genomgången kan tryckas ut för att lämnas till kompetensutvecklingsplanen. Uppföljning kan ske genom att mäta antalet som genomgått utbildningen.
- Nystartad samverkan med vårdhygien för kommunerna upprättad under året. Kommunen kommer att ha tillgång till vårdhygienisk expertis framöver.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar ska göras om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta ska följas upp årligen i den kvalitetsredogörelse som respektive enhet lämnar. Varje enhets kvalitetsredovisningar beskriver de riskanalyser som genomförts.

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 inga (0) Lex Maria inrapporterats. Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicin- tekniska produkter har två (2) anmälningar skickats till Läkemedelsverket.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

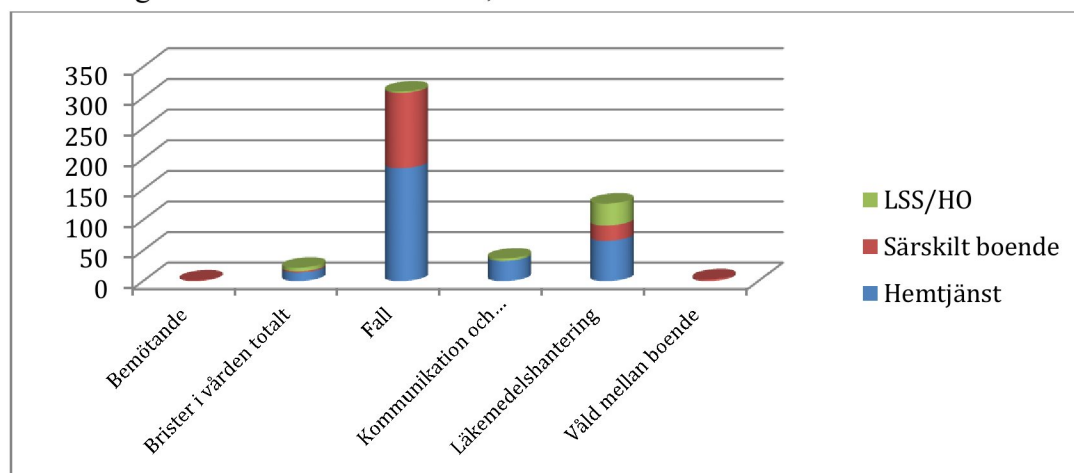
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelserns art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt.

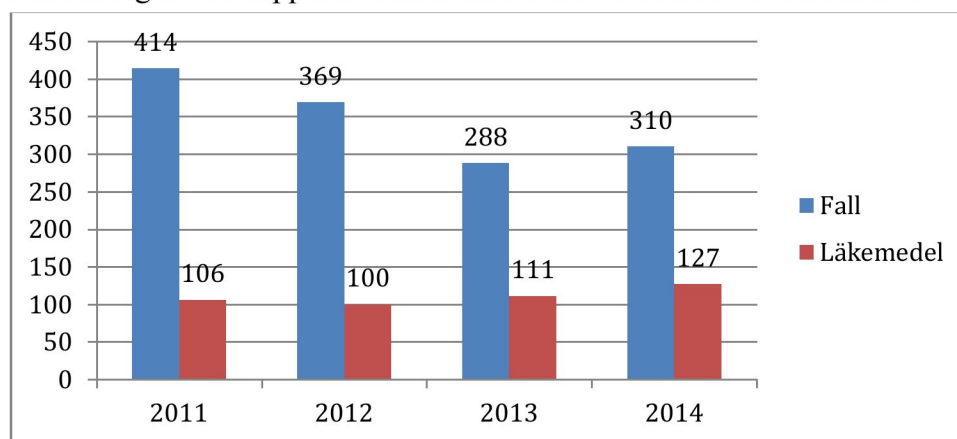
Det totala antalet avvikelser 2014 är 500 inrapporterade händelser.

Fördelningen mellan ordinärt boende, särskilt boende samt LSS visas här



Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras mest.

Fördelning av fall rapporter och läkemedelsavvikelser över åren visas i följande tabell.



Rapportering av fall finns följande händelser inrapporterade

För 2014 finns 310 stycken fallrapporter registrerade. Vad avser skador finns 1(en) fraktur rapporterad samt 15 med sår eller blåmärke. Detta är en underrapportering i avvikelssystemet.

Läkemedelsavvikelser variera mellan 100 till 127 stycken över åren.

Rapporterade orsaker till avvikelser kring läkemedel: Den största orsaken är; Ej följt rutin vilket medför att överlämna läkemedel glömts bort.

Klagomål och synpunkter

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

Det finns ett (1) ärende registrerat hos Patientnämnden under 2014. Ärendet berör placering av person inom ett äldreboende. Ärendet avslutas efter information. Kommunens egen hantering av klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen för 2014.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Det finns samverkan på central nivå med Handikapporganisation samt pensionärsorganisationer. Till pensionärsorganisationerna har information presenterats kring kommunens arbete med olämpliga läkemedel till äldre. Presentation till pensionärsorganisation och handikapporganisation kring den nya patientlagen.

Kommunens hemsida utvecklas för att ge en bättre bild av hur kommunen arbetar

På enhetsnivå sker anhörigmöten där information och dialog sker. På enheterna sker även information om arbetssätt som används. All hälso-och sjukvård ska ske i samråd med patienten. Den 1 januari 2015 börjar en ny patientlag att gälla. I denna finns ett utökat ansvar för professionen att ha patienten delaktig i sin vård.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultatmått

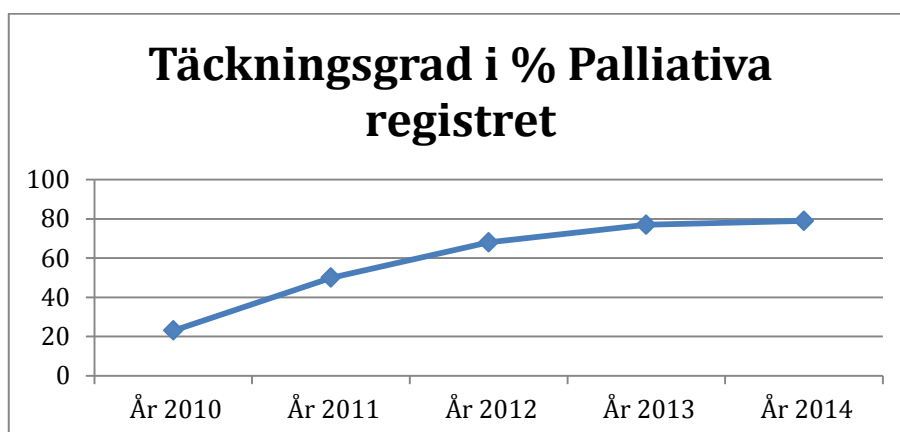
Stöd och omsorg har en handlingsplan i samverkan med primärvård, ASIH och sjukhus för att samverkan arbeta med beslutade processer Denna handlingsplan bifogas för 2014.

Palliativ vård

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

Mål för brytpunktssamtal finns och det nationella täckningsgradsmålet är 70 % Östra Göinge kommuns täckningsgrad blev 79 % vilket innebär att målet uppnåddes.

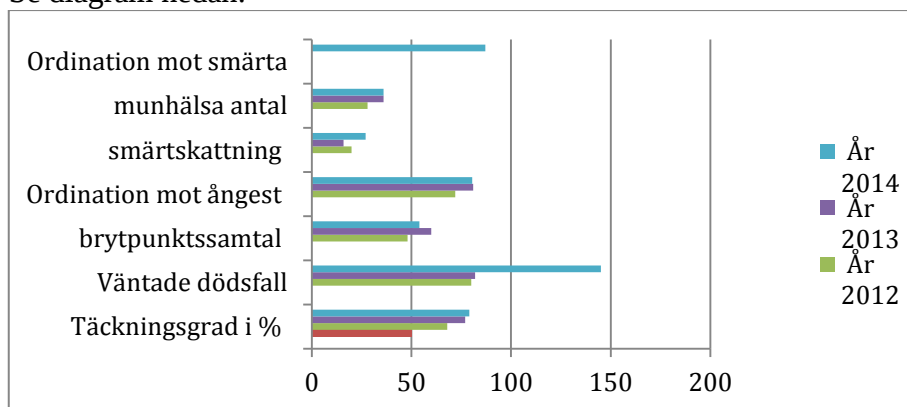
Nästa tabell visa täckningsgrad av registrerade dödsfall över 65 år i procent
Från 2010 och framåt.



Det finns ett antal parametrar som kan följas i den palliativa vården

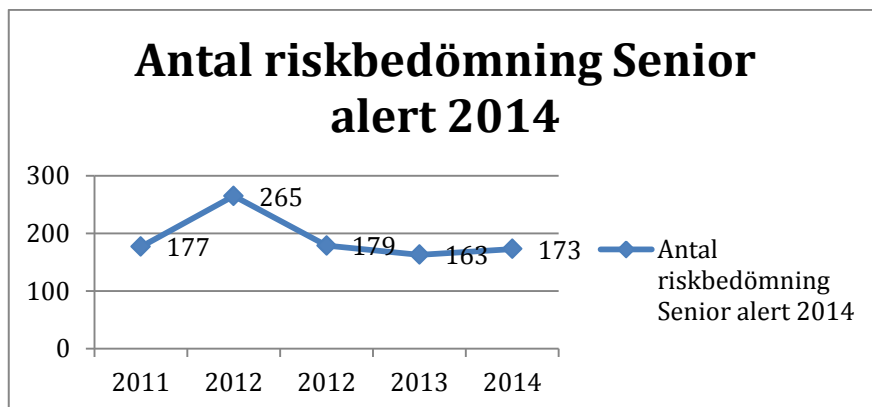
- Munhälsa startade kommunen att registrera 2012 och en ökning av munhälsobedömningar sker. Munhälsa finns även att registrera i Senior alert. Ökning av antalet bedömning bidrar till att problem i munhålan kan åtgärdas om systematisk bedömning sker.
- Registrering av utförd smärtskattning har ökat lite men inte i någon större omfattning. Finns med i förbättringsarbete för 2015
- Läkemedel mot ångest ska ordinerar och detta ökar i antal. Tillgång till läkemedel finns inom kommunen
- Brytpunktssamtal ökar och gemensam rutin i finns framtagen mellan Region Skåne och de skånska kommunerna.

Se diagram nedan:

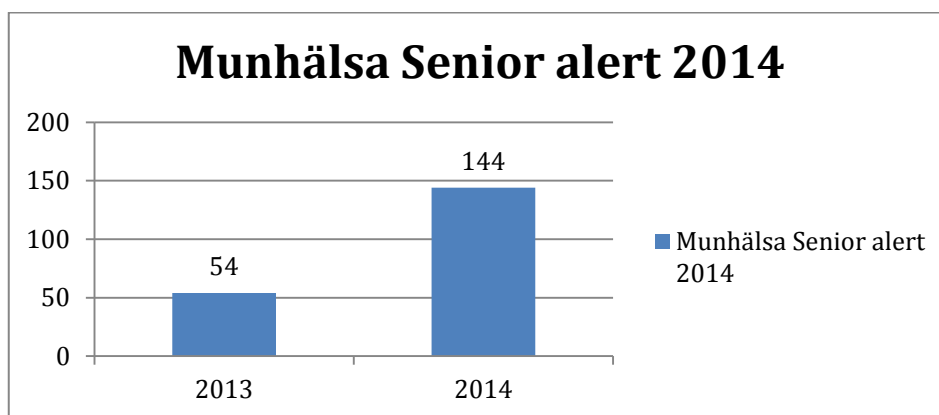


Förebyggande arbete

Kvalitetsregistret senior alert används. Detta register innehåller riskbedömningar inom nutrition, trycksår och fall. Sedan två år har kommunen även påbörjar registrering med munhälsa. Kvalitetsregistret kommer att byggas ut med fler riskbedömningar och kommunen arbetar med iförande av detta. För 2014 finns följande registreringar i Senior alert till ett antal av 173 stycken.



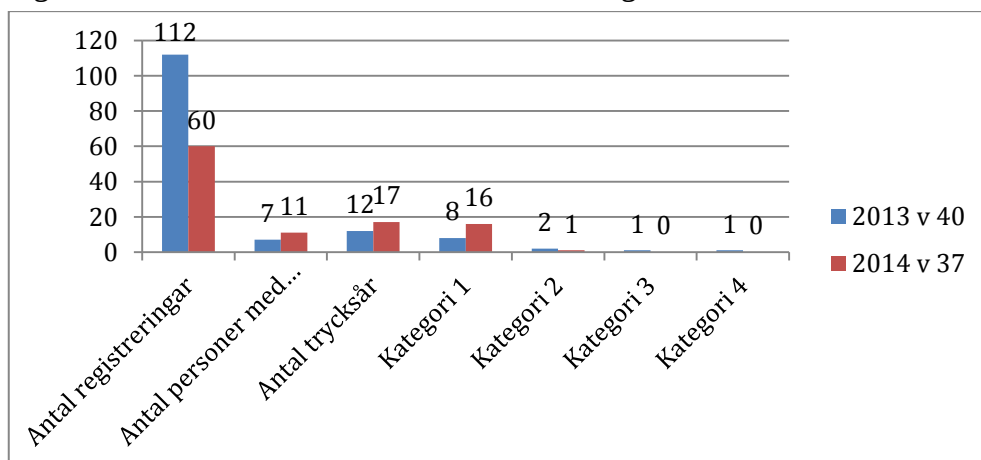
Riskbedömningar för munhälsa



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

Punktprevalensmätning Trycksår

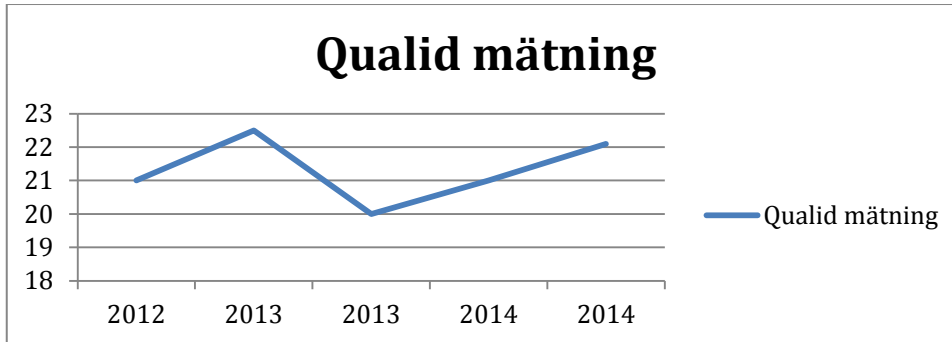
Kommunen deltar i nationell mätning avseende trycksår. Två mätningar har skett 2013 visar både privat och kommunal verksamhet medan det för 2014 är det kommunal verksamhets resultat. Resultatet visar att det är de lätta skadorna som finns registrerade. Från rodnad i huden till den första graden av sår.



Demensvård

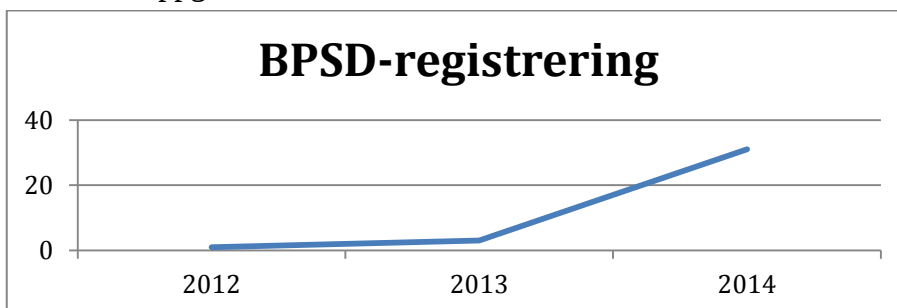
Två gånger per år utförs en mätning av livskvaliteten hos personer mer svårt demenssjukdom utifrån instrumentet Qualid. Detta infördes under 2012 och tre mätningar är genomförda. Hög grad av livskvalitet är en låg poäng och låg grad av livskvalitet är hög poäng. (mätvärde 11-55)

Se diagram som följer.



Qualidmätning sker på varje individ och kan följas över tid för livskvaliteten. Det går även att följas för en avdelning och göra bedömning hur avdelningen arbetar. Den totala sammanställningen kan ge en bild av hur patienter med demens upplever sin vardag. Kommunens resultat ligger i den nedre tredjedel och får anses som resultat

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 som även innehåller uppgifter från andra verksamheter inom kommunen.



Särskilda boende med demensplatser ska göra bedömning utifrån BPSD-registrets arbetsmodell. Ett utgångsvärde måste tas fram vid inflyttning och sedan följas enligt plan. Detta arbete har integrerats på vårdboendet i det kvalitetsarbete som sker för att ge en god vård för dementa.

Läkemedel

Kommunens sjuksköterskor samverkar med läkare när läkemedelsgenomgångar ska genomföras. Antalen symtomskattningar som överlämnas till läkaren registreras i Treserva. Antalet för 2014 är 46 stycken. Sjuksköterskor upplever att det finns många fel i vårdens övergångar kring läkemedel. Avvikelser måste skrivas i den utsträckning som fel finns upptäcks för att kunna analyseras och belysa problematiken. Egenkontroll av läkemedelsförråden sker via elektronisk enkät och denna visar inga brister.

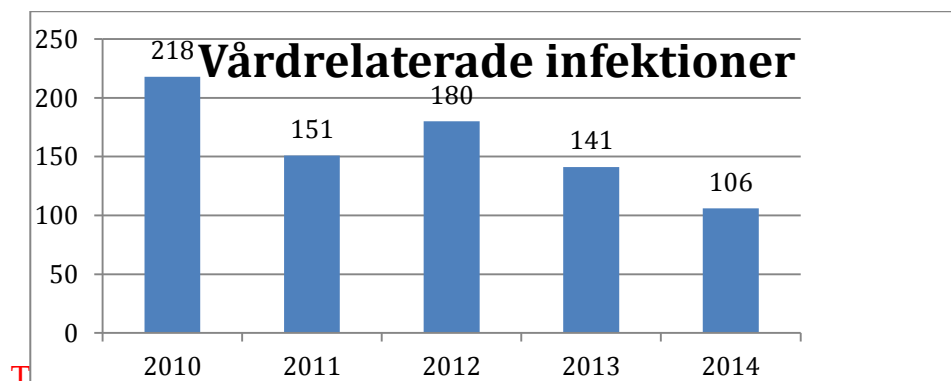
Sammanhållen vård och omsorg

Kommunen arbetar med framtagande av en SIP (samordnad individuell plan) när det finns problematik kring en patient som berör olika yrkesutövare och för att ge patienten en trygg och säker vård och omsorg. En plan skrivs av de olika deltagarna och läggs in i Mina vårdplaner. Denna plan kan den enskilde få tillgång genom att logga in på Mina vårdkontakter. Då många av kommunens patienter inte själva kan detta trycks den ut i pappersform då det är patientens handling. Såväl kommun som Region Skåne kan läsa denna plan när vårdrelation föreligger. Efter att kommunens sjuksköterskor genomgått utbildning till att använda ett beslutstöd har enkätundersökning genomförts. Svar från sjuksköterskorna visar att de får en bättre bild av patienten och har stärkt deras yrkesroll.

Vårdrelaterade infektioner

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

På grund av hög arbetsbelastning hos sjuksköterskor har inte denna statistik redovisats för hela året.

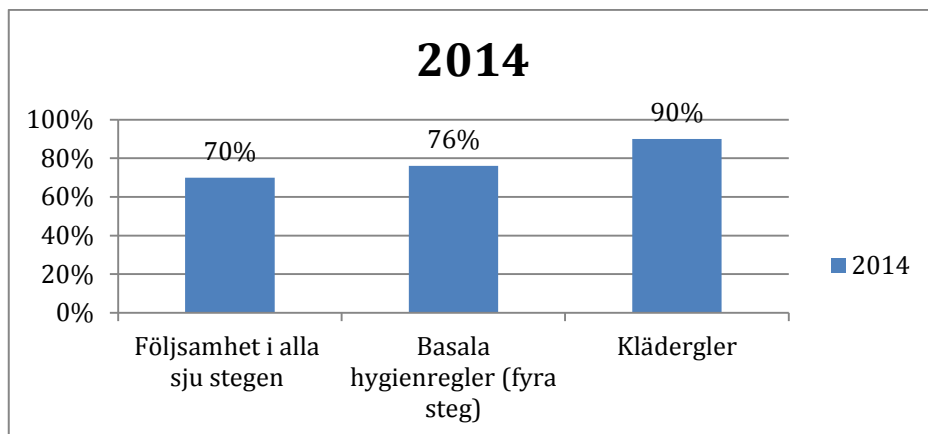


Det som rapporteras är infektioner i såväl luftvägar som urin och hud. Även magtarmsmittor registreras som influensa.

Utifrån det resultat som varje enhet har kan det finnas anledning att göra förbättringsarbete.

Punktprevalensmätning basala hygien och klädregler

Kommunen deltar i nationell mätning och för 2014 visar att personalen följer klädreglerna till 90 % och de basala hygienreglerna till 76 %. Kommunen deltar i framtida mätningar och resultatet får följas vidare.



Måluppfyllelse: hänvisning till Handlingsplan. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014 Östra Göinge kommun.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Förbättra användning av och rapportering gällande smärta.
- Förebyggande arbete: Förbättra teamsamverkan i ordinärt boende så att fallrapporter utreds och dokumenteras.
- God demensvård: Fortsätta integrera BPSD-registrering för en god demensvård som ett led i att tydliggöra den personcentrerade vården.
- God läkemedelshantering: Skriva avvikelser på alla fel i vårdens övergångar. Använda framtagna skrivbar avvikelse blankett för registrering.
- Dokumentation: Förbättra möjligheten att kunna dokumentera rätt i Treserva.