

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-02-27

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	6
8 Riskanalys	7
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
10 Hantering av klagomål och synpunkter	8
11 Samverkan med patienter och närstående	8
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

Kommunen har fortsatt sitt arbete med kvalitetsregistrering av bedömningar som skett för att öka patientsäkerheten. Omvårdnadspersonal har förberetts för att få åtkomst till register och att kunna arbeta systematiskt med bedöma och planera åtgärder.

I handlingsplan Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre har det inom de 5 områdena utarbetats bättre processer och uppföljning kan ske inom de flesta områdena.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter (f.d. sjukgymnast) har genomgått utbildning i beslutstöd vid bedömning vid funktionsnedsättning. Beslutstödet är en metod för att systematiskt bedöma behovet av insatser såsom hjälpmedel, behandling/träning, egenvård och bostadsanpassning. Metoden införs succesivt inom utvalda områden. För patienten innebär detta att denne kan bli mer delaktig på ett tydligt och strukturerat sätt. En likvärdig bedömning görs och det går att se på vilka grunder beslut om insats fattas.

Mätning av vårdrelaterade infektioner (HALT-mätning) har skett för första gången i kommunens särskilda boende.

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 verksamhetsmål, Upplevelsen av att den enskilde har inflytande över och har delaktighet i beslut. Upplever att tillgängligheten via telefon ökar. Kunden upplever att måltidssituationen är av hög kvalitet

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 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, förutom mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, framtagna i samverkan med Primärvård, ASIH och slutenvård i östra Göinge. Följande områden finns:

- **God vård i livets slutskede:** Om alla avlidna registreras i kvalitetsregister för palliativ vård kan kommunen följa upp resultat inom flera palliativa områden. Fokusområden 2015; förekomst av brytpunktssamtal, smärtskattning samt munhälsa.
- **Preventivt arbetssätt:** Förebyggande arbete innehåller aktiviteter med att utifrån kvalitetsregistret Senior alert registrera bedömning – åtgärd - och uppföljnings resultat. Fokusområden 2015: är fall, undernäring, 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 genomföra BPSD-bedömning. Bedömningen kan registreras i ett kvalitetsregister. För att mäta livskvaliteten hos personer med svår demenssjukdom används ett instrument som heter Qualid och detta mäter tolkad livskvalitet hos patienten. Mätning görs två gånger per år och är ett individuellt mätvärde som kan följa den enskilde patientens 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. Statistik följs regelbundet så förbättringsområden kan identifieras.
- **Övrigt Patientsäkerhetsarbete:** Mätning av vårdrelaterade infektioner 1 gång per år sker numera genom delaktighet i nationellt framtagna mätning Halt-mätning. 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 alerts förebyggande arbete samt vid vård i livets slut till palliativa registret
- Verksamheten har under året fortsatt registrering i de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. Vissa undersköterskor på särskilda boende har fått tillgång till Senior alert.
- Kvalitetsrevisioner har genomförts av egen verksamhet samt entreprenad.
- Kommunen har fortsatt sitt deltagande i de nationella Punktprevalens-mätningen inom Fall och Trycksår samt basal handhygien och klädregler. Dessa har genomförts under vår och höst inom kommunens särskilda boende.
- Via den lokala handlingsplanen för de nationella områdena (God vård i livets slutskede, Preventivt arbetssätt, God vård vid demenssjukdom, God läkemedelsbehandling för äldre Sammanhållen vård och omsorg) arbetat med de gemensamt framtagna förbättringsförslag. Kommunen arbetar med att uppfylla de Skåne övergripande måttvärde som är uppsatta.
- Utbildning inom Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter (f.d. sjukgymnaster) har skett och politiken har beslutat om en prioriteringsordning som ska följas. Beslutsstödet vägleder yrkesgruppen i bedömning inom vilken tid en bedömning av funktionsnedsättning ska ha skett samt att handlägningsprocessen blir kvalitetssäkrad.

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-wardgivare/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
- Samverkan mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne kring läkemedelsfrågor finns förankrat. Fortsatt arbete med utbildningsmaterial kring förbättring av andel olämpliga läkemedel till äldre fortskrider.
- Samverkan med vårdhygien för kommunerna upprättades under 2014. Denna tillgång till vårdhygienisk expertis har inneburit att kommunen har utvecklat

bättre rutiner och fått stöd från expertis vid bl a utbrott av smittsamma virusinfektioner.

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.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

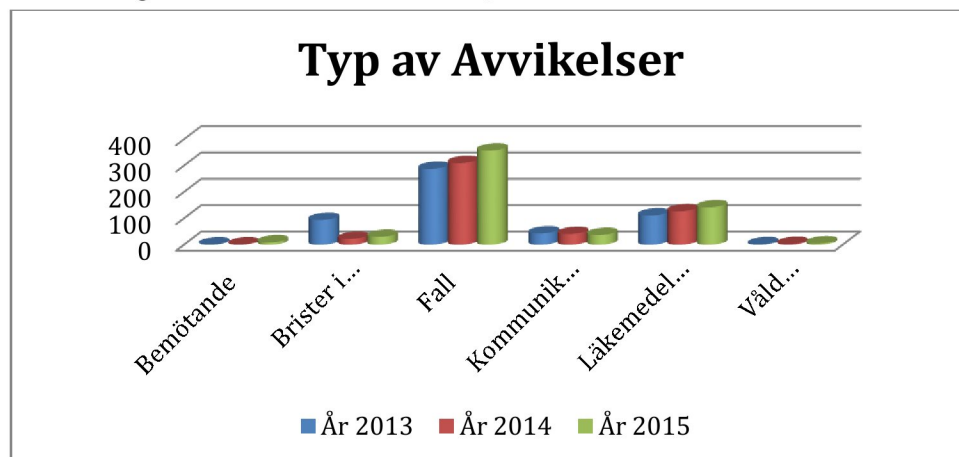
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

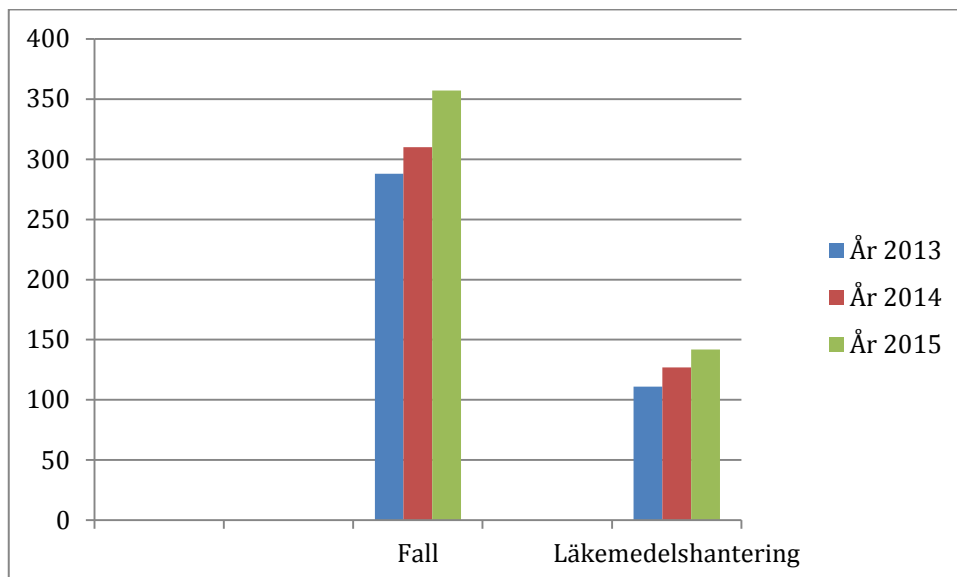
Avvikelser registreras i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelserns art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt systematiskt kvalitetsarbete ske analys av avvikelser kontinuerligt.

Det totala antalet avvikelser 2015 är 580 inrapporterade händelser.

Fördelningen mellan ordinärt boende, särskilt boende samt LSS visas här



Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras mest. Fördelning visas i följande tabell.



I rapportering av fall ses en stigande rapporteringsfrekvens.

För 2015 finns 357 stycken fallrapporter registrerade. Endast 25 skador har rapporterats i de 357 fallen. Vad avser skadornas art finns 3 frakturer rapporterad samt 11 med sår eller blåmärke. Detta borde vara en underrapportering då inte allt är synligt när avvikelser skrivs eller är känt när avvikelser avslutas.

Nytt i rapporteringen är att de avvikelser som kommunen drabbas av från annan vårdgivare. 9 stycken avvikelser har rapporterats till sjukvården. Detta är en underrapportering då sjuksköterskan först fokuserar på att det ska bli rätt till patienten och avvikelserapporteringen blir sekundärt. Området som avvikelserna berör är den informationsöverföring som sker mellan vårdgivarna har patientsäkerhetsbrister kring läkemedelsordination. Det är ett nationellt IT-problem som inte kan lösas av kommunen och Regionen själva. Vissa förändringar görs dock för att underlätta i problematiken.

Kommunens egna avvikelser är orsaker till avvikelser att glömma överlämna läkemedel. Förbättringsarbete pågår.

Klagomål och synpunkter

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

Det finns inga ärenden registrerat hos Patientnämnden under 2015.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Det finns samverkan på central nivå med handikapporganisation samt pensionärsorganisationer.

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.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultatmått

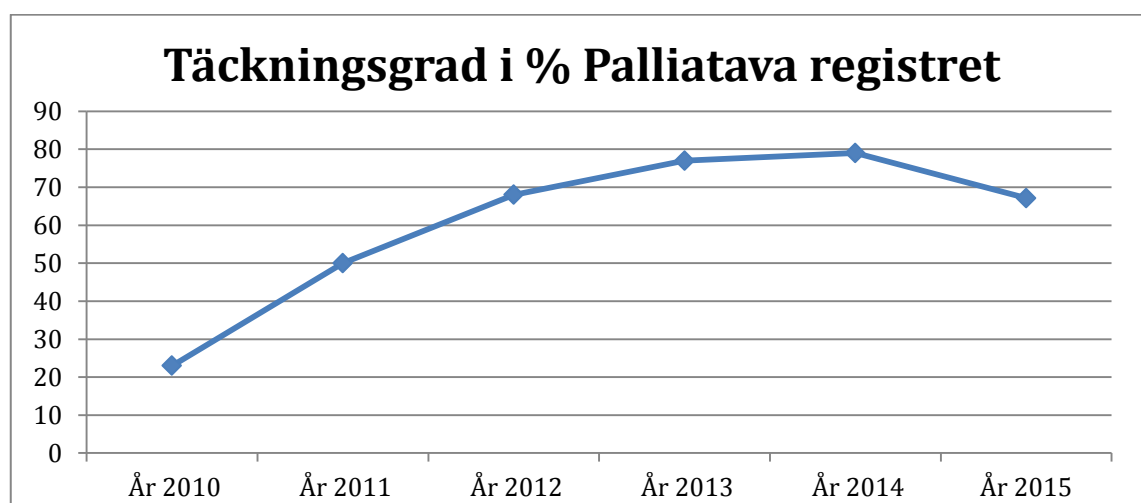
Stöd och omsorg har en handlingsplan i samverkan med primärvård, ASIH och sjukhus för att samverkan arbeta med beslutade processer, handlingsplan för 2015 bifogas.

Palliativ vård

Palliativa registrets resultat gäller hela kommunens vård oavsett driftsform (kommun, landsting eller privat)

Mål för brytpunktssamtal finns och det nationella täckningsgradsmålet är 90 % Östra Göinge kommuns täckningsgrad blev 67 % vilket innebär att målet inte uppnåddes. Kommunen har under sommaren pga. sjuksköterskebrist inte haft möjlighet att arbeta strukturerat med den palliativa vården. Det har blivit mer akuta insatser och den långsiktiga planeringen inte skett optimalt.

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

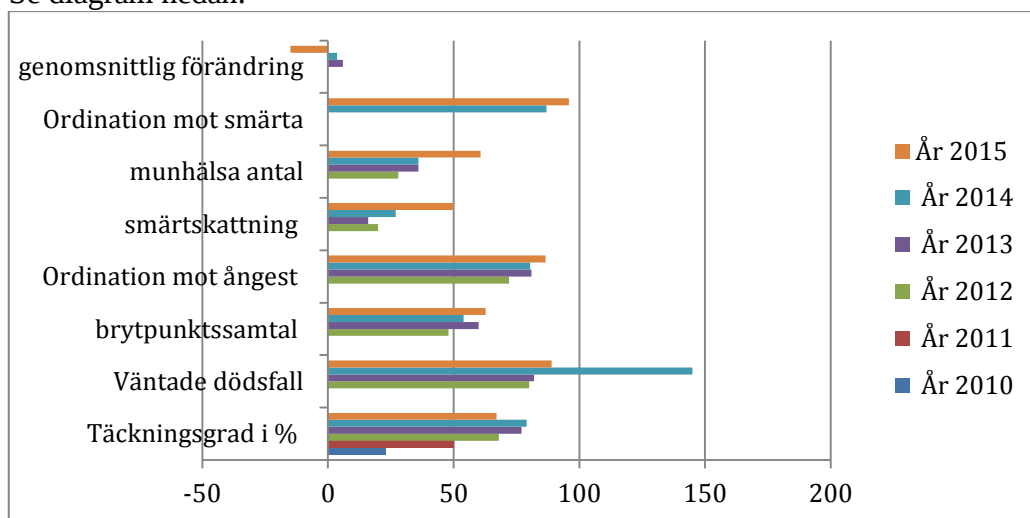


Det finns ytterligare ett antal parametrar som kan följas inom den palliativa vården

- 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.

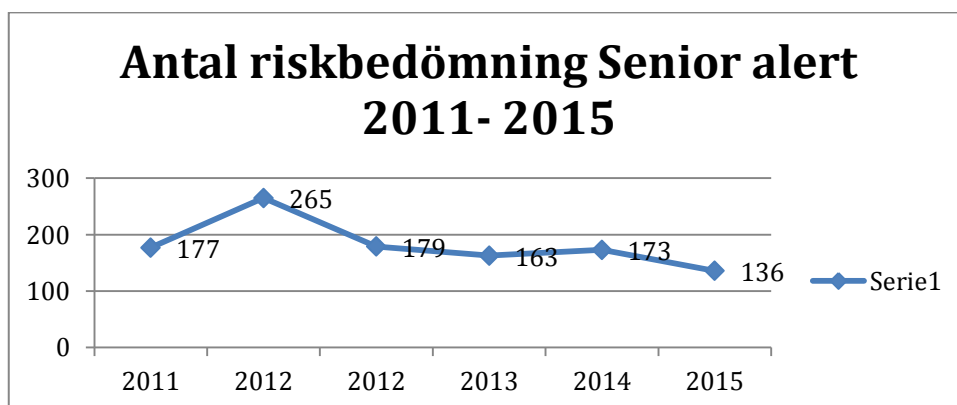
- Registrering av utförd smärtskattning har ökat lite men inte i någon större omfattning. Finns med i förbättringsarbete för 2015
- Läkemedel mot ångest ska ordinerar och detta ökar i antal. Tillgång till läkemedel finns inom kommunen
- Brytpunktssamtal ökar och gemensam rutin i finns framtagna mellan Region Skåne och de skånska kommunerna.

Se diagram nedan:

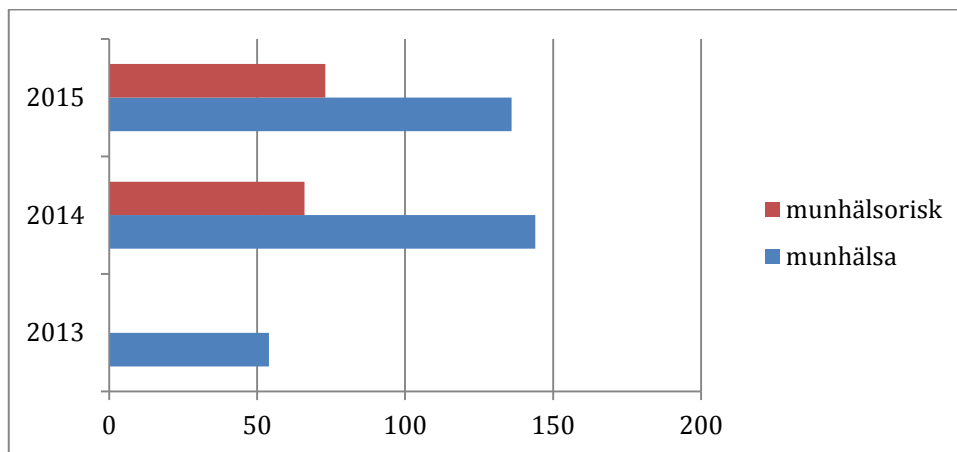


Förebyggande arbete

Kvalitetsregistret Senior alert används. Detta register innehåller riskbedömningar inom nutrition, trycksår och fall. Sedan två år har kommunen även påbörjat registrering med munhälsa. Kvalitetsregistret byggs ut succesivt nationellt med fler riskbedömningar och kommunen arbetar med införande av nya kvalitetsbedömningar. För 2015 har det registrerats 136 stycken bedömningar.



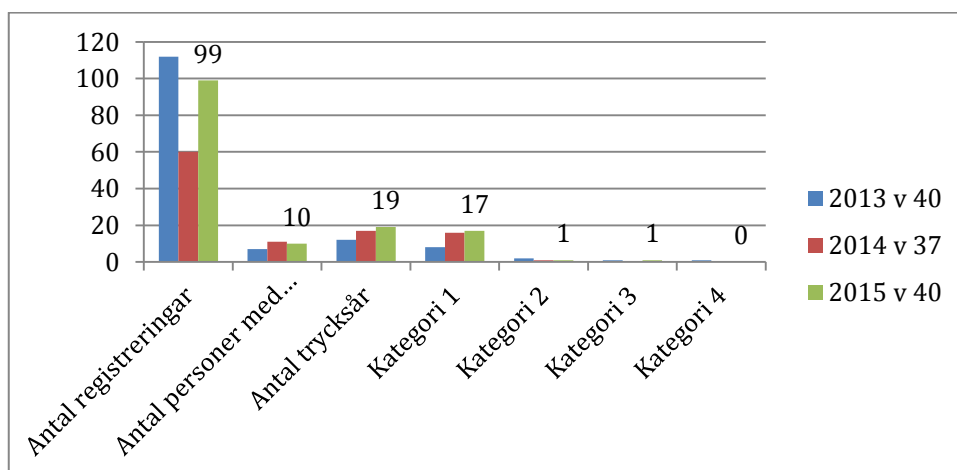
Riskbedömningar ur Senior alert för munhälsa; antal bedömningar och antal med risk



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

Punktprevalensmätning Trycksår

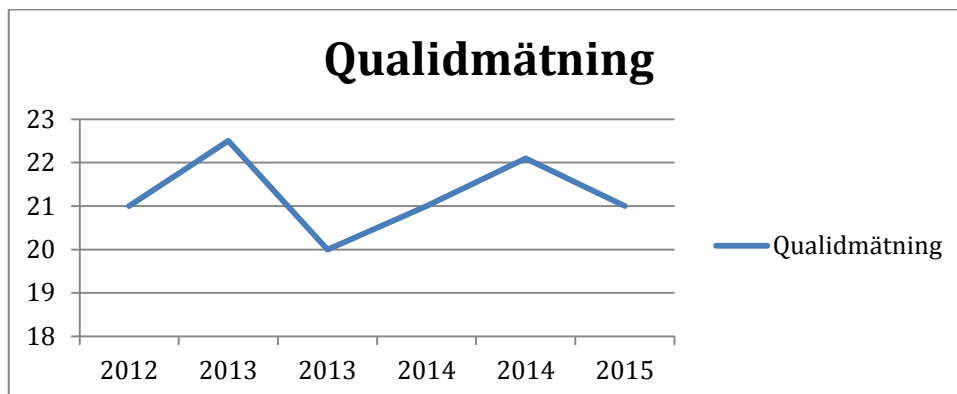
Kommunen deltar i nationell mätning avseende trycksår. Resultatet är både från kommunal och privat verksamhet. Det finns trycksår i verksamheten, men av den lindrigare kategorin. Det är viktigt att bedömning sker efter sjukhusvistelse, förändring av allmäntillståndet eller ny vårdkontakt. Kommunens egna resultat kan följas genom Kvalitetsregistrering i Senor alert.



Demensvård

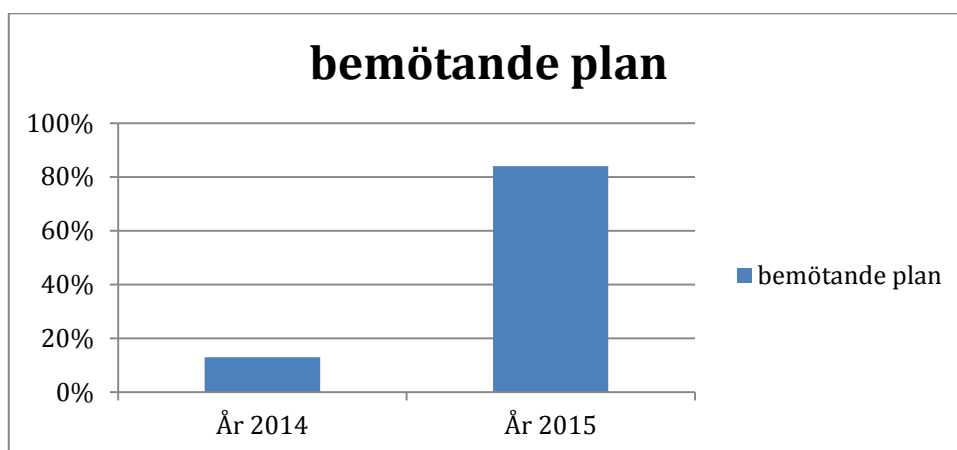
Två gånger per år utförs en mätning av livskvaliteten hos personer mer svår demenssjukdom utifrån instrumentet Qualid. Detta infördes under 2012 och tre mätningar är genomförda. Hög grad av livskvalitet är en låg poäng och låg grad av livskvalitet är hög poäng. (mätvärde 11-55)

Se diagram som följer.



Qualidmätning sker på varje individ och kan följas över tid för livskvalitén. 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 ett bra resultat på upplevd livskvalité.

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 kommunen. Statistik är som presenteras är antalet upprättade bemötandeplaner som är gjorda.



Särskilda boende med demensplatser ska göra bedömning utifrån BPSD-registrets arbetsmodell. Ett utgångsvärde 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 demensvård.

Läkemedel

Kommunens sjuksköterskor samverkar med läkare när läkemedelsgenomgångar ska genomföras. Antalen symtomskattningar som överlämnas till läkaren registreras i Treserva. Antalet för 2015 är 38 stycken registrerade hos kommunen och 56 hos vårdcentralen Knislinge. Det innebär att kommunen deltar i ca 2/3 av de tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar som en vårdcentral genomför. Ingen statistik redovisad från Capio kliniken. Fortsatt arbete med avvikelser i vårdens övergång kring läkemedel rapporteras och lyfts upp i olika forum av medicinskt ansvarig sjuksköterska till Region Skåne. Egenkontroll av läkemedelsförråden sker via elektronisk enkät och denna visa inga brister.

Region Skånes och kommunens arbete med att minska antalet olämpliga läkemedel fortskrider och årets resultat för kommunens befolkning över 75 år är att det minskar. Högsta siffra inom området olämpliga läkemedel är för året 8 % och det lägsta är 7,3 %. Antiinflammatoriska läkemedel och psykofarmaka minskar också.

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 utbildning av nyanställda sjuksköterskor har skett i att använda ett beslutstöd vid försämring av en patients allmäntillstånd.

Stort fokus har varit kring framtagande av ett nytt hälso- och sjukvårds avtal som fortsätter under 2016.

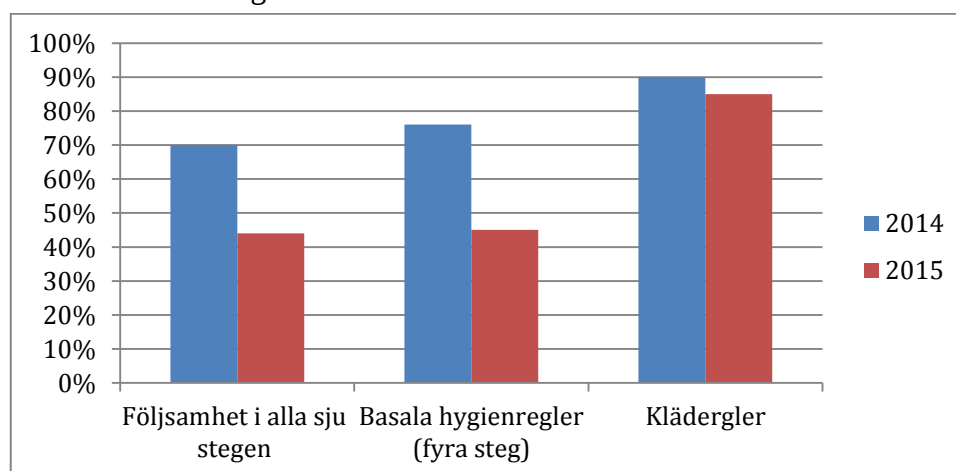
Vårdrelaterade infektioner

Tidigare har statistik från verksamheten rapporterats in manuellt till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta har inte fungerat optimalt och därför har beslut tagits att slopa detta. Kommunen har i stället för att kvalitetssäkra området beslutat att delta i nationell mätning en gång per år i en mätning av vårdrelaterade infektioner (HALT-mätning). Under en fjortondagars period granskas förekomst av antibiotika behandling hos patienter på särskilda boende. Vissa kriterier ska vara uppfyllda och sedan sker registrering. Den första mätningen ger följande resultat: 122 journaler har granskats. 4 % förekomst av vårdrelaterad infektion förekom vid årets mätning.

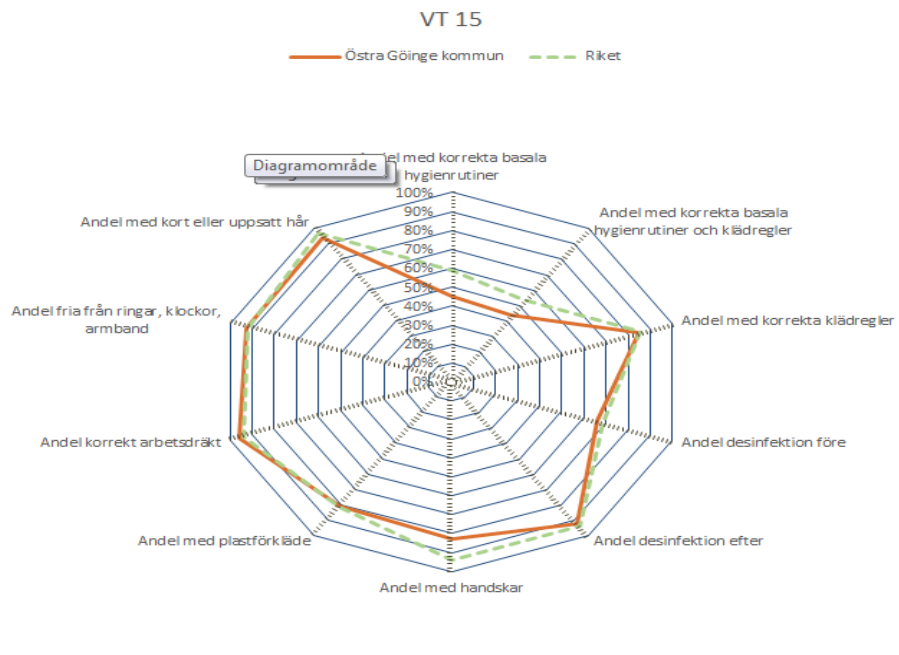
Mätningen inkluderar samtidigt vårdtyngdsindikatorer såsom urininkontinens, desorientering samt rörlighet. En inventering av hur dessa resultat kan följas framöver kommer att ske centralt.

Punktprevalensmätning basala hygien och klädregler

Kommunen deltar i nationell mätning och för 2015 visar att personalen följer klädreglerna till 85 % och de basala hygienreglerna till 45 %. En försämring har skett sedan förra mätningen.



En djupare analys i resultatet visar var de större bristerna är. Användande av plastförkläde, desinfekterade händer före handskar samt andel med handskar, Se spindeldiagram.



Förbättringsarbete får ske utifrån varje enhets enskilda resultat.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Fortsätta förbättra användning av och rapportering kring smärtbedömning.
- 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.
- Utifrån Halt-mätning inventera hur vårdtycksindikatorerna kan/ska följas inom verksamheten.
- Basala hygienregler; Förbättringsarbete inom vårdhygienområdet ska ske
- Arbeta med handlingsplan Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2016.