

Patientsäkerhetsberättelse för Hälsa och omsorg

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-01-27

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 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
6 Uppföljning genom egenkontroll	7
7 Nationella kvalitetsregister	7
8 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
9 Riskanalys	10
10 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
11 Hantering av klagomål och synpunkter	11
12 Samverkan med patienter och närstående	12
13 Samverkan med patient och närstående	12
14 Resultat	12
14 Övergripande mål och strategier för kommande år	13

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 under året fortsatt sitt arbete med de mål som ställts i handlingsplan sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I den palliativa vården har arbete kring vårdplanering i livets slut och dess möjlighet att få tillgång till vid behovsordinationer fortsatt.

Inom det preventiva arbetet har kommunen deltagit i ett projekt tillsammans med Region Skåne, Högskolan i Kristianstad samt övriga Nordostkommuner. Detta projekt lägga en grund för att kunna implementera en modell preventivt hembesök.

Inom god vård vid demenssjukdom har utbildning från kunskapscentrum Region Skåne skett. Nio anställda har utbildats under en vecka för att förbättra omhändertagandet inom detta område. Det är legitimerad personal samt biståndshandläggare som erhållit 2016 år utbildning. För 2017 fortsätter utbildningen och då inkluderas även enhetschefer.

Inom Läkemedelsområdet fortsätter kommunen sitt deltagande med patientens läkare i att ta fram underlag så att en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång kan ske.

Området sammanhållen vård och omsorg har som sitt största fokus på att genomföra SIP (sammanhållen individuell plan). Utbildning i riskbedömning har genomförts och ett av arbetena var att få fler klarmarkerade SIP-ar i Mina planer (IT-verktyg).

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner har under året genomfört en hygienrond på ett särskilt boende tillsammans med Vårdhygienisk kompetens.

Inom området funktionsbevarande och hjälpmedel har arbetet fortsatt med bedömning av en eventuell funktionsnedsättning innan ett hjälpmedel kan bli aktuellt. Annan åtgärd kan vara aktuell i stället.

Övergripande mål och strategier

Kommunen har mål utifrån fokusområden och programhandlingar. Inom socialtjänstens hälso- och sjukvård finns verksamhetsmål arbete med förebyggande insatser och information om verksamheten är lätt att hitta, tydlig och informativ.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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 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

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

Kvalitets och verksamhetsuppföljning sker årligen som ett led i att långsiktigt säkra och utveckla hälsa och omsorg i egen regi och de företag kommunen har avtal med enligt LOU och LOV.

Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser i avvikelssystemet, genomgång av inkomna synpunkter och klagomål.

Nationella kvalitetsregister som exempelvis Senior alert, Palliativregister och BPSD ger möjlighet att följa det kvalitetsarbete som utförs. Statistik följs upp och utvärderas. Förbättringsområden identifieras, åtgärdas och följs upp. Omvårdnadspersonal på särskilda boende har fått tillgång till Senior alert och deltar numera mer aktivt i det förebyggande arbetet.

Kommunen deltar i de nationella punktprevalensmätningarna inom Fall och Trycksår samt basal handhygien och klädregler.

Patientsäkerhetsberättelse ska skrivas en gång om året av hälsa och omsorg.

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

Nutrition

Nutritionen har lyfts fram och inom hemtjänsten har under våren 2106 två kostombud genomgått en utbildning tillsammans med dietisten. Ett förbättringsarbete har genomförts med syfte att få till en individanpassad måltid.

Förbättringsarbete med ökad kompetens inom riskområdet undernäring

Bedömning av funktionsnedsättning

Arbeterapeuter och fysioterapeuters metodstöd vid bedömning av funktionsnedsättning har fortsatt. Patienten ska erhålla rätt insats och ett hjälpmedel om sådant åtgärden som krävs.

Läkemedel

Kommunens sjuksköterskor samverkar med läkare när läkemedelsgenomgångar ska genomföras. Antalen symtomskattningar som överlämnas till läkaren registreras i Treserva. Antalet för 2016 är 24 stycken registrerade hos kommunen och från vårdcentralen Knislinge finns 39 stycken från SÄBO och hemsjukvård. Vårdcentralen Capio Broby har genomfört 32.

Region Skånes och kommunens arbete med att minska antalet olämpliga läkemedel fortskrider och årets resultat för kommunens befolkning över 75 år är att det fortsätter med en liten minskning. Det följer den trend som finns för Region Skånes totala resultat.

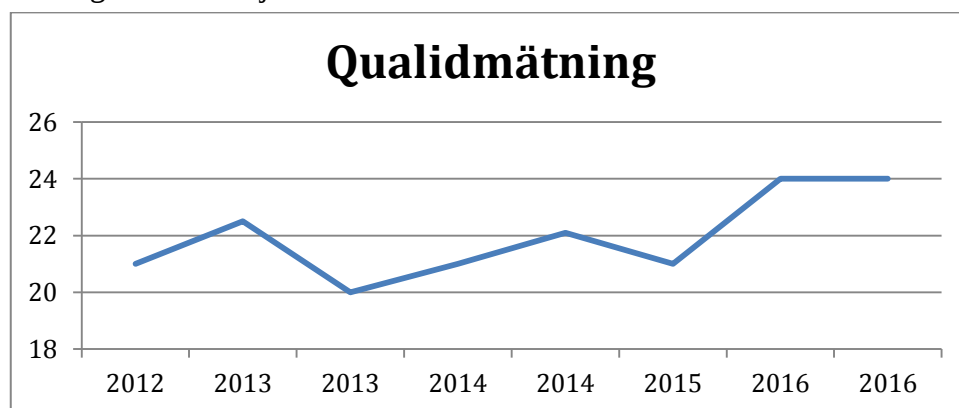
Läkemedelsförråd

Kommunens läkemedelsförråd innehåller viktiga och vanliga läkemedel som patienten kan behöva vid akuta situationer. Uttag ur förråden begränsar behovet av akutbesök under jourtid samt minskar antalet akuta ordinationsändringar i dosdispenserade läkemedel.

Demensvård

Förutom arbetet med strukturerat arbetssätt via BPSD-registret sker andra aktiviteter. Kommunen genomför två gånger per år en mätning av livskvaliteten hos personer med svår demenssjukdom utifrån instrumentet Qualid. Detta infördes under 2012 och nu finns lite material över tid. 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 ett bra resultat på upplevd livskvalité.

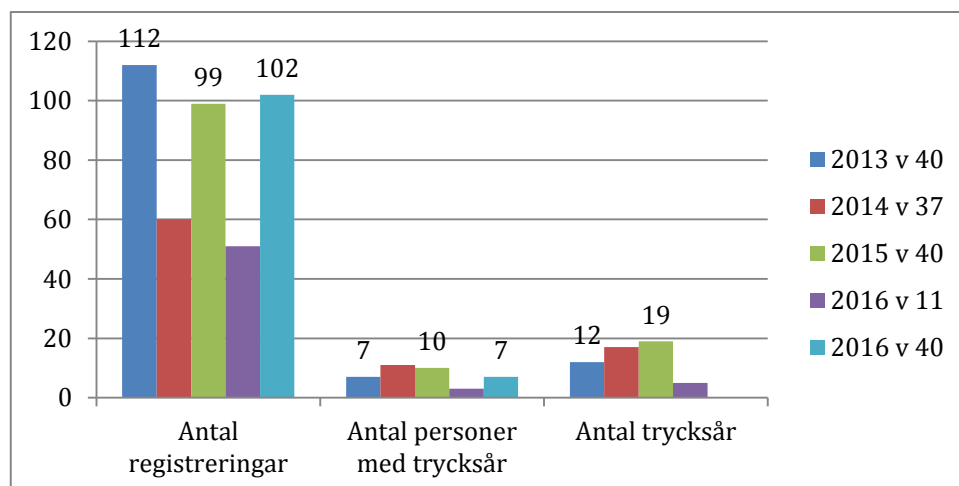
Vårdrelaterade infektioner

Kommunen deltar i nationell mätning under en 14-dagarsperiod granskas förekomst av antibiotika behandling hos patienter på särskilda boende. Resultatet presenteras påföljande år. Den första mätningen gav följande resultat: 122 journaler har granskats. 4 % förekomst av vårdrelaterad infektion förekom vid 2015 års mätning. Under hösten 2016 genomfördes ingen mätning.

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

Punktprevalensmätning Trycksår

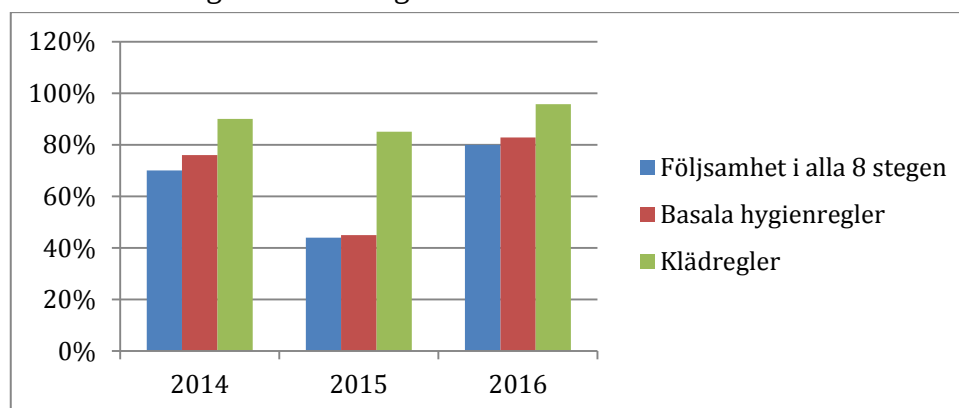
Kommunen deltar i nationell mätning avseende trycksår. Resultatet är både från kommunal samt verksamhet på entreprenad. Vid varje mätning finns det trycksår rapporterade men då av den lindrigare graden. Det är viktigt att vara observant efter sjukhusvistelse, vid förändring av allmäntillståndet eller ny vårdkontakt.

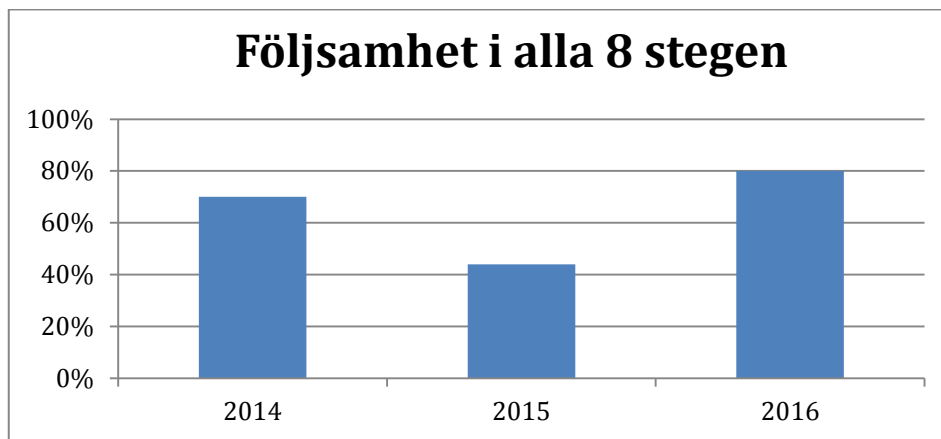


De trycksår som uppstår är antingen inom kategori ett eller två (rodnad eller blåsa). På grund av ändring i databas kan inte samma information plockas ut som tidigare.

Punktprevalensmätning basala hygien och klädregler

Kommunen deltar i nationell mätning och för 2016 visar att personalen följsamhet har ökat sedan föregående mätning.





Förbättringsarbete får ske utifrån varje enhets enskilda resultat.

Uppföljning genom egenkontroll

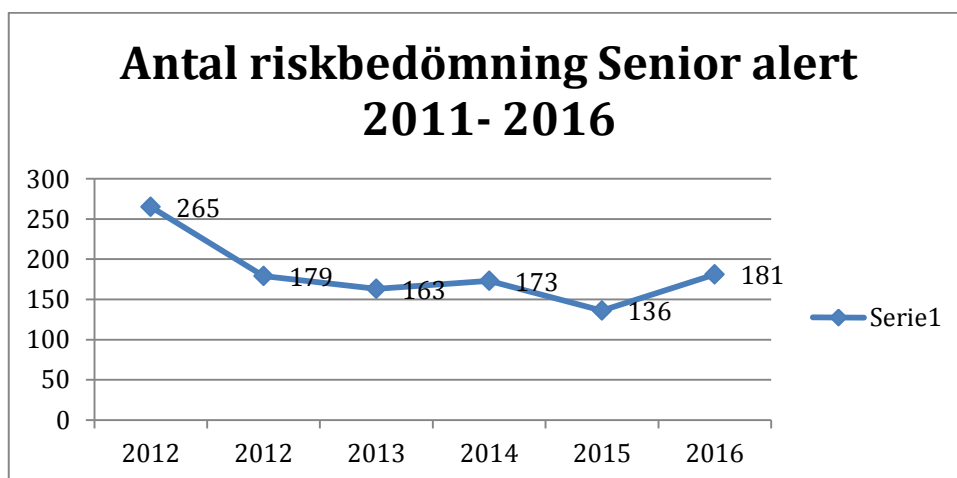
Patientnämnden har fått 1 (ett) ärenden registrerat hos patientnämnden under året. Ärendet gällde utskrivning av läkemedelsnära produkt som skrivs ut av läkare. Ärendet meddelas klagande och avskrivs därefter.

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

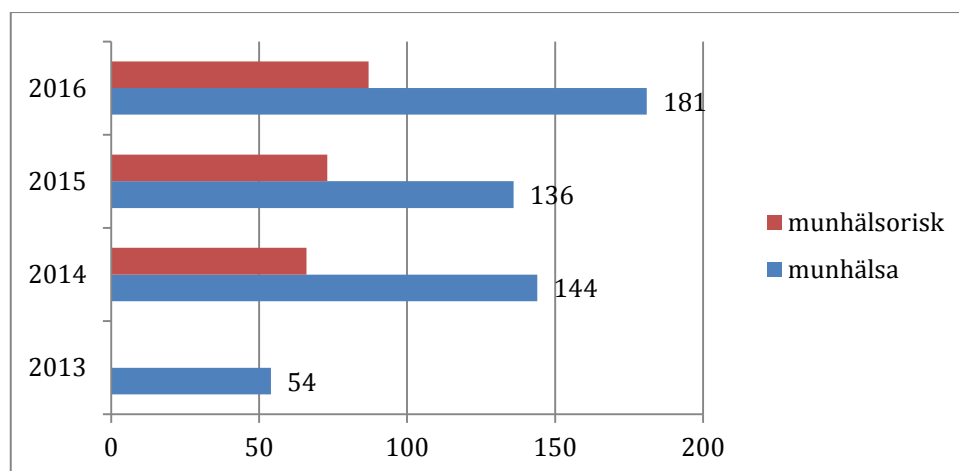
Nationella kvalitetsregister

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används. Detta register innehåller riskbedömningar inom nutrition, trycksår och fall. Sedan två år har kommunen även påbörjar registrering med munhälsa. Kvalitetsregistret byggs ut succesivt nationellt med fler riskbedömningar och kommunen arbetar med införande av nya kvalitetsbedömningar. För 2016 har det registrerats 181 stycken bedömningar totalt. 116 av dessa i särskilt boende och 65 i ordinärt boende.



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



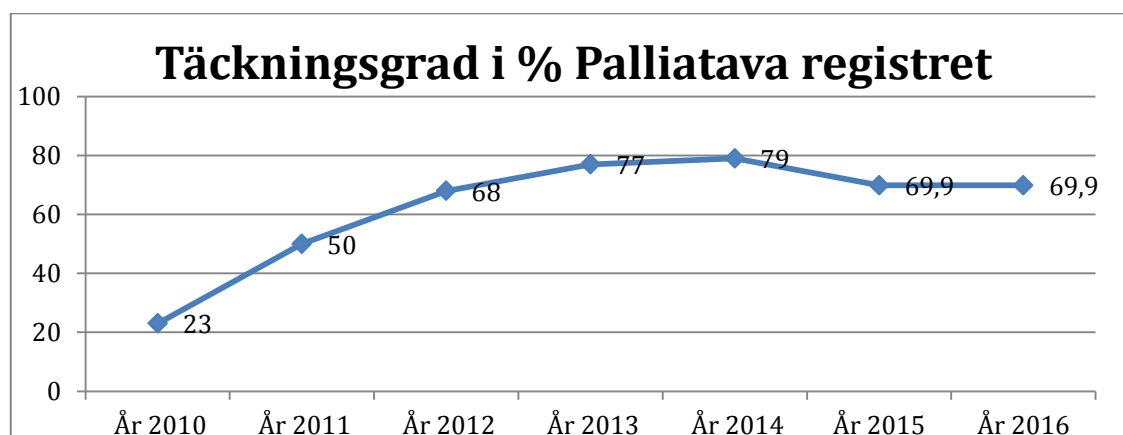
Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheten att bedriva och analyser resultat.

Palliativregistret

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

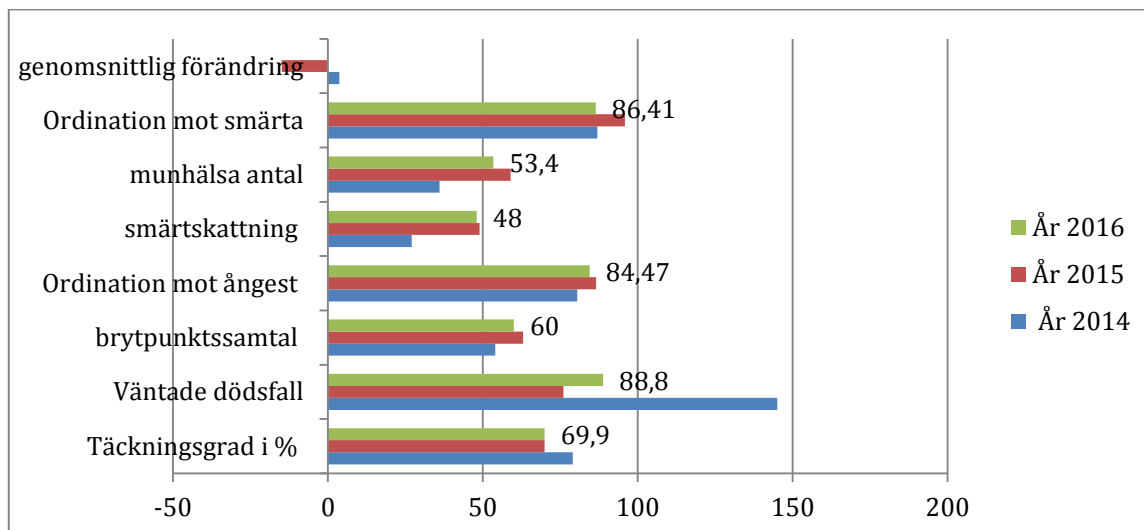
Mål för brytpunktssamtal finns och det nationella täckningsgradsmålet är 90 % Östra Göinge kommuns täckningsgrad blev 70 % vilket innebär att målet inte uppnåddes.

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



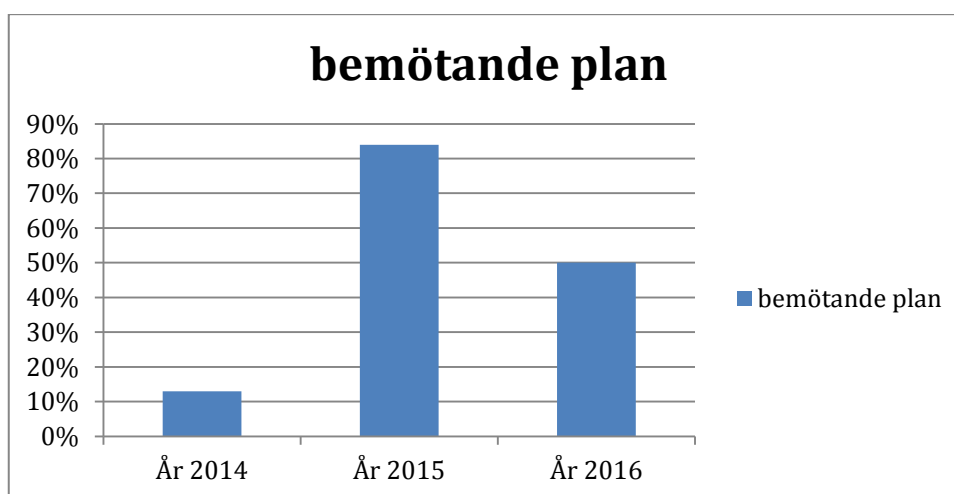
Det finns ytterligare ett antal parametrar som kan följas inom den palliativa vården

Se tabell på följande sida:



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 kommunen. 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 och sedan följas enligt plan. Detta arbete har integrerats på vårdboendet i det kvalitetsarbete som sker för att ge en god demensvård. Den positiva utvecklingen med antal personer som registrerats och som fått en bemötandeplan har minskat. En djupare analys av detta får ske med enhetscheferna för de särskilda boendena.

Samverkan för att förebygga vårdskador

- 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 Lov-utförare
- Samverkan med Läkemedelsrådel
- Samverkan med terapigrupp Läkemedel och äldre

Risikanalys

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 ledningssystem har påbörjats och kommer att fortsätta under 2017. Utbildning i risk och händelseanalys har skett under 2016

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

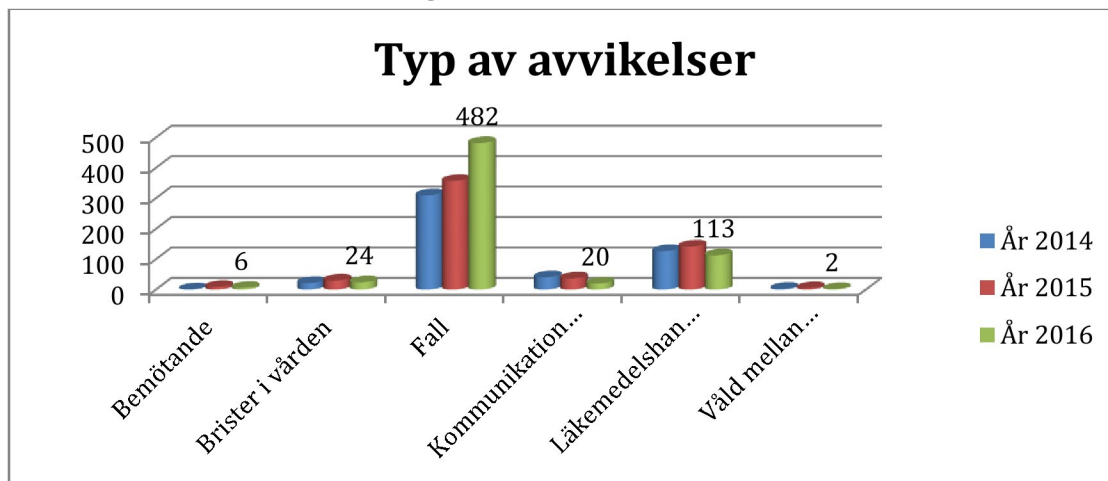
Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar enhetschefen inom respektive verksamhet.

I de fall det förekommit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, eller oklarhet om bedömning av skada, informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska som handlägger avvikelserna vidare och ansvarar för Lex Maria anmälan om sådan ska ske. Enligt SOSFS 2005:28

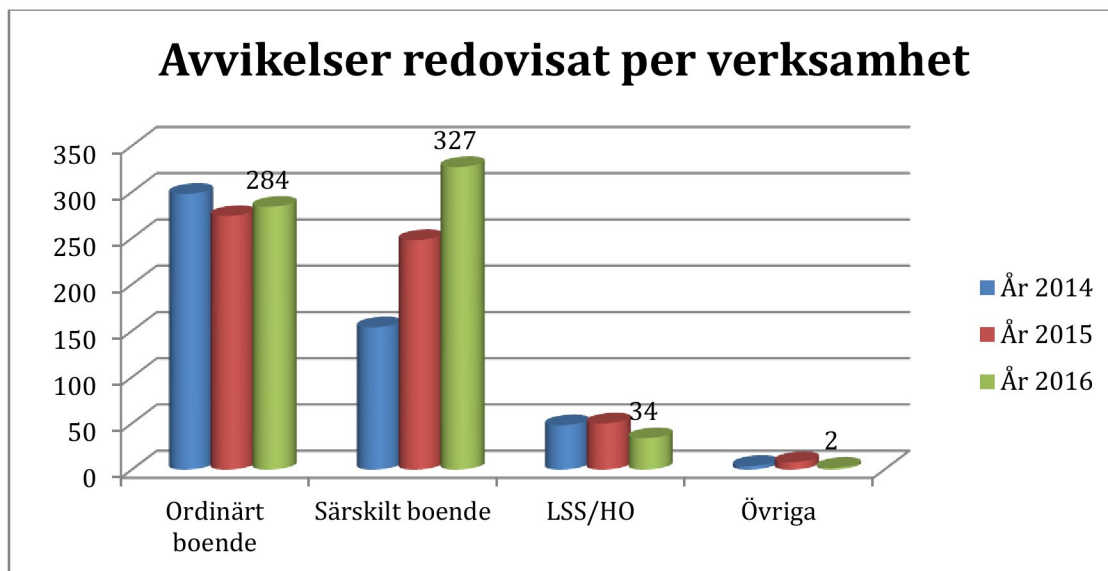
Avvikelse

Det totala antalet inrapporterade avvikelser 2016 är 647.

Avvikelseerna är inom de båda lagrummen SOL och HSL.



Fördelning inom de olika verksamhetsområdena är följande:



Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras mest.

För 2016 finns 462 stycken fallrapporter registrerade. Endast 19 skador har redovisats. Det finns 2 frakturer samt 16 rapporter med sår eller blåmärke.

Läkemedel har 113 avvikelser inrapporterade varav 91 avvikelser är åtgärden att överlämna läkemedel.

Hantering av klagomål och synpunkter

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.

Östra Göinge kommun har avtal med Region Skånes patientnämnd och Medicinska ansvarig sjuksköterska är förvaltningens kontaktperson

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

Samverkan med patienter och närstående

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 lösa på kommunens hemsida och anslagstavlor på vårdboende.

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 implementering av ett nytt hälso- och sjukvårds avtal under 2016.

Resultat

Resultatmått

Stöd och omsorg har en handlingsplan i samverkan med primärvård, ASIH och sjukhus för att samverkan arbeta med beslutade processer, handlingsplan för 2016 bifogas.

Resultatet utifrån uppsatta mål i handlingsplanen

Mål	Uppnått	Ej uppnått	Kommentar
Registrering i palliativa registret ska uppnå 70 %	ja		
Smärtskattning ska öka till 75 % (palliativregistret)		nej	Kvalitetsportalen (alla vårdgivare): 47,6 Kommunens resultat 62,5 %
Injektionsmedel mot ångest öka till: 90 % (palliativregistret)		nej	Kvalitetsportalen: 84,5 Kommunens resultat 87,5
Bedömning av munhälsa ska öka till: 75 % (palliativregister)		nej	Kvalitetsportalen: 53,4 kommunens resultat 56,3
Riskbedömningar enligt Senior alert ska uppgå till minst 90 % på särskilda boende		nej	82,73
Munhälsobedömning antal bedömningar och där risk föreligger (Senior alert)	Antal bedömning: 181 Antal där risk föreligger: 87		Av 181 bedömningar har 65 genomförts i ordinärt boende Antalet risk av 87 där risk föreligger finns 34 av dessa i ordinärt boende

Antalet personer som har bemötande plan ska vara 80 % (BPSD)		nej	Antalet sjönk från 80 % 2015 till 50 % 2016
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			
Öka antalet genomförda SIP som klarmarkerats i Mina planer.			Efter riskanalys har lokal rutin införts tillsammans med hälsovals-enheterna

Övergripande mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Fortsätta förbättra användning av och rapportering kring smärtbedömning. Förbereda införande av Nationell handlingsplan för vård i livets slut
- God demensvård: Fortsätta integrera BPSD-registrering för en god demensvård som ett led i att tydliggöra den personcentrerade vården.
- God läkemedelshantering: Fortsätta med läkemedelsgenomgångar.
- Vårdrelaterade infektioner; utifrån Halt-mätning inventera hur vårdtycksindikatorerna kan/ska följas inom verksamheten.
- Basala hygienregler; Förbättringsarbete inom vårdhygienområdet ska ske
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2017 med nytt hälso- och sjukvårdavtal.
- Införa ett antal av de nationella indikatorer som presenterats under 2016 som berör bland annat blåsdysfunktion, palliativ vård samt E-hälsa.
- Arbeta med avvikelser som kan undvikas.