

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	5
7 Samverkan för att förebygga vårdskador	7
8 Riskanalys	6
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
10 Hantering av klagomål och synpunkter	8
11 Sammanställning och analys	8
12 Samverkan med patienter och närstående	8
13 Resultat	9
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 §

1 Sammanfattning

Fortsatt arbete med de nationella kvalitetsregistren sker för att öka patientsäkerheten. Registrering i Palliativa registret fortgår. Nationella mätetal finns numera. 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.

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.

Webb-baserad utbildning till sjuksköterskor kring olämpliga läkemedel för äldre har tagit fram tillsammans med enheten för läkemedelsstyrning, Region Skåne.

2 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 trygg och säker i kontakt med kommunens hälso- och sjukvård samt att vårdskador ska minimeras.

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 ska tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilda individens självbestämmande och integritet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och tillräcklig kompetens hos personalen.

3 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 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, 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. Arbetet ska ske utifrån evidensbaserad vård och följa de riktlinjer och rutiner som beslutas.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser ur avvikelssystemet, genomgång av inkomna klagomål, uppföljning av journaldokumentation. Statistik ska följas regelbundet så att trender kan spåras och följas. Falltillbud registreras också i avvikelsemodulen.
- 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. Denna vårdplan håller på att ses över nationellt och ska revideras beräknas klar under 2014. Fortsatt användning av denna sker när revideringen av vårdplanen är fastställd nationellt.
- 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 samt munhälsa. Munhälsa har tillkommit under 2013. Demensregister tillsammans med BPSD-bedömning medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras. För att mäta livskvaliten hos personer med svår demenssjukdom används ett instrument Qualid. Mätning görs två gånger per år och är ett individuellt mätvärde som kan följa den enskilde patienten livskvalitet.
- 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.

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

SFS 2010: 659, 3 kap 10 § p 1-2

- Utbildningsinsatser har skett även i år inom kvalitetsregistret Senior alert då bedömning kring munhälsa tillkommit som instrument.
- 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.
- Uppgradering av verksamhetssystemet Treserva har skett under året och vad avser Avvikelsemodulen har denna förbättrats något. Lathund för Avvikelsehantering har setts över och förbättrats. Uppföljning av journaler visar att det sker förbättring av dokumentationen. Ny journal kräver annan uppföljning framöver för att kunna redovisa resultat.
- Granskning av läkemedelshanteringen har genomförts tillsammans med extern farmaceut. Handlingsplan med förbättringsåtgärder har skrivits. Dessa kommer att följas upp under 2014.
- Kvalitetsrevisioner har genomförts av egen verksamhet samt entreprenad.
- Kommunen har för första gången deltagit i den nationella Punktprevalensmätningen inom Fall och Trycksår. Dessa har genomförts under vecka 40 på 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 måttvärde som är uppsatta. Kan följas genom styrtavla för Östra Göinge.

6 Uppföljning genom egenkontroll

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

Resultat av vårdprevention tas regelbundet fram ur 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.

7 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/Forvardgivare/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. 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

8 Riskanalys

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. I enheternas kvalitetsredovisningar har det beskrivits att det genomförts riskanalyser.

Avvikelse 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.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

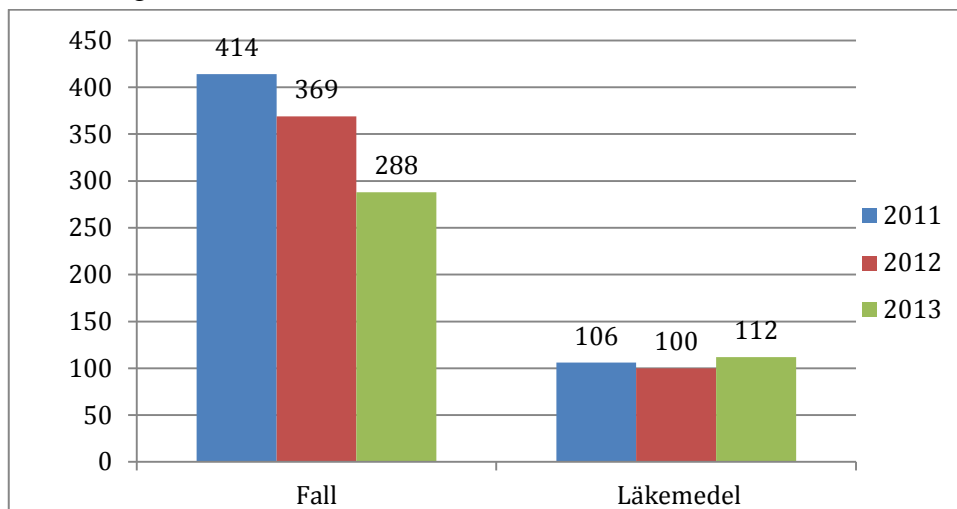
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelse

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

Det totala antalet HSL - avvikelser 2013 är 400 stycken inrapporterade händelser. För 2012 var det 506 inrapporterade händelser. Idag finns det en tydligare uppdelning mellan SoL och HSL-insatser.

Fördelning av HSL-avvikelser ses i tabell nedan



Då nytt verksamhetssystem togs i bruk under hösten 2012 har statistiken förändras i de rapporter som sammanställts. Numera presenteras Fall och Läkemedels avvikelser som HSL.

När det gäller fall finns följande inrapporterade händelser

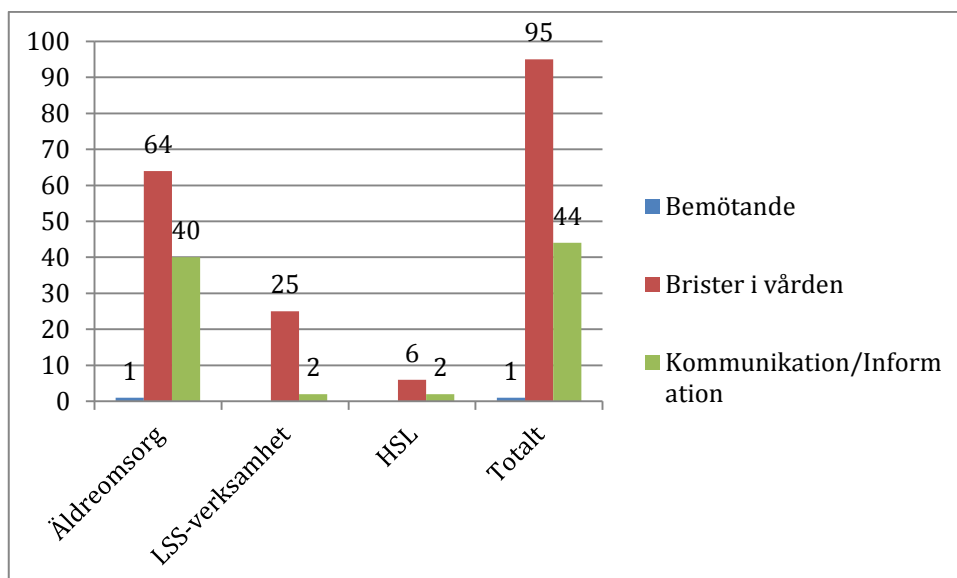
År 2011: 414 stycken och för 2012: 369 stycken samt för 2013: 288 stycken

Läkemedelsavvikelser variera mellan 100 till 112 stycken över de tre åren.

Under året Har det redovisats avvikelser kring att patienten inte fått sitt läkemedel då personalen glömt att ge. Till att personen inte läst ordinationshandlingen rätt, inte uppmärksammat att det finns två påsar. Samt att brukaren inte velat ta läkemedel som inte är en avvikelse. Den sista nämnda tyder på att rutin kring signeringslista och hur hantering kring när patienten inte vill ta sina läkemedel inte är känd. Ska inte registreras som avvikelse vilket är gjort.

Gemensamma avvikelser för SOL och LSS samt HSL presenteras i denna nya form

Se nästa tabell



10 Klagomål och synpunkter

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

Det finns ett (1) ärende registrerat hos Patientnämnden under 2013. Ärendet berör placering av person inom ett äldreboende. Ärendet avslutas efter information. Kommunens egen hantering av klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen för 2013.

11 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Det finns idag ingen strukturerad sammanställning av insamling av uppgifter som kan ge en överskådlig bild. Vid varje verksamhetstillsyn som sker har olika områden följts upp. Det arbete med implementering av ledningssystemets rutiner som pågår ska underlätta sammanställning framöver. Varje enhet skriver sin egen kvalitetsberättelse som uppgifter tas ur samt centralt uppföljda uppgifter ligger till grund för data.

12 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

På central nivå sker samverkan med Handikapporganisationen samt pensionärsorganisation.

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.

13 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

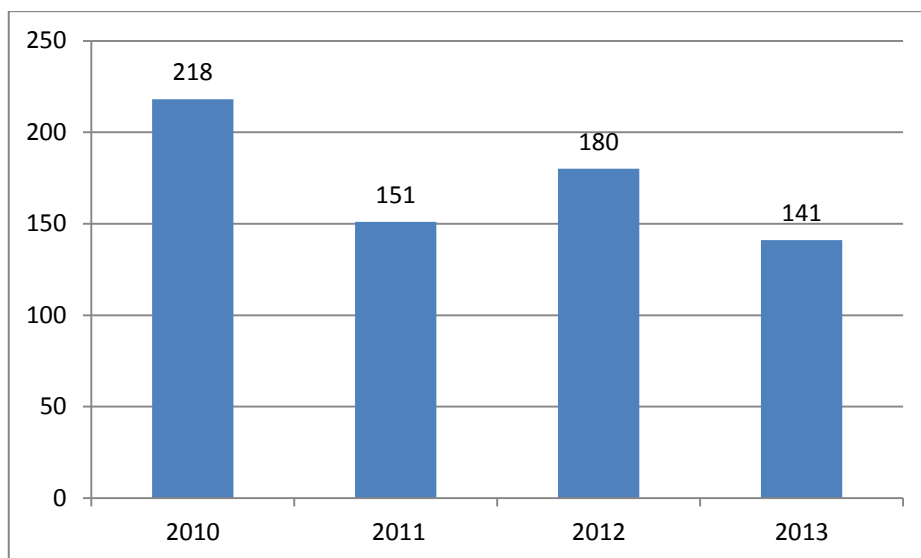
Processmått

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

Resultatmått

Inrapporterade **Vårdrelaterade infektioner**

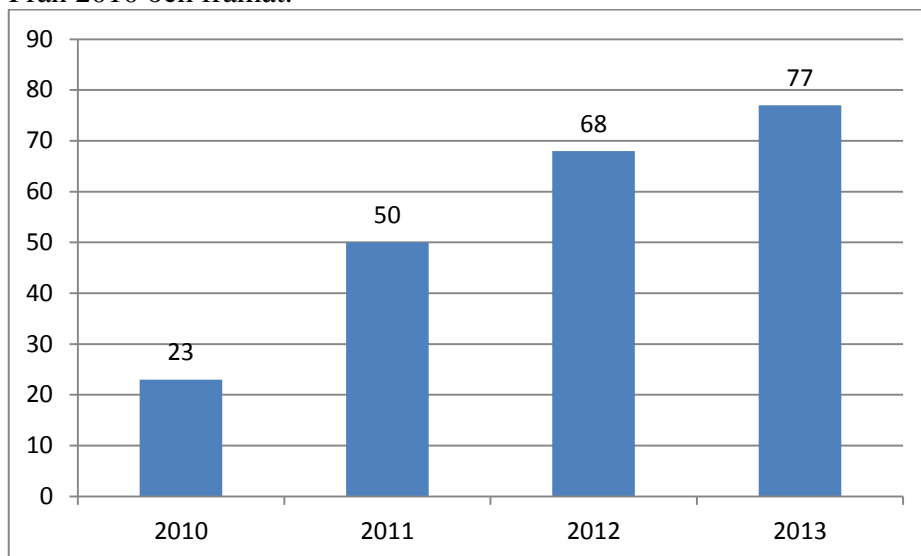
Inrapportering från 2010 och framåt ser ut på följande sätt se tabell nedan.



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 77,3% vilket innebär att målet uppnåddes.

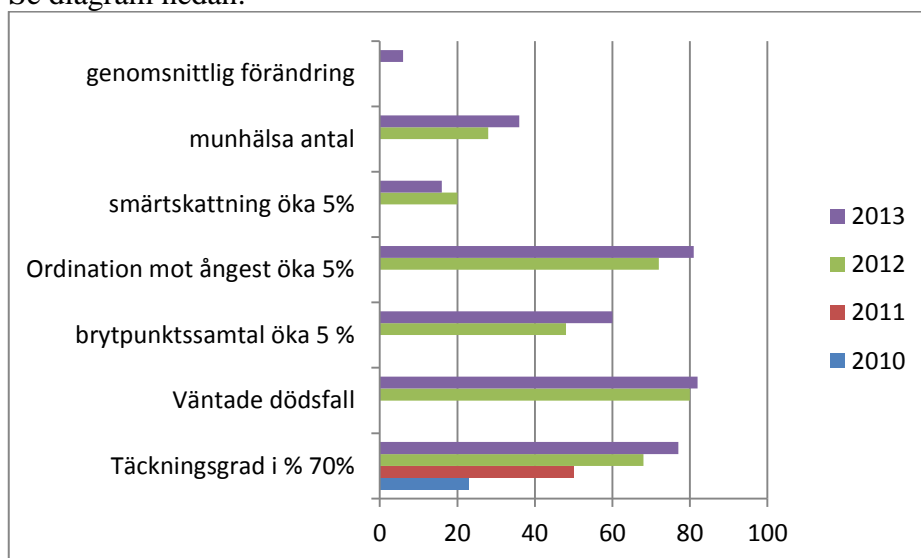
Nästa tabell visa täckningsgrad av registrerade dödsfall över 65 år i procent
Från 2010 och framåt.



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

- Munhälsa började kommunen 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.
- Smärtskattning har minskat i antal och detta måste kvalitetssäkras bättre under 2014
- 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 inom kommunen

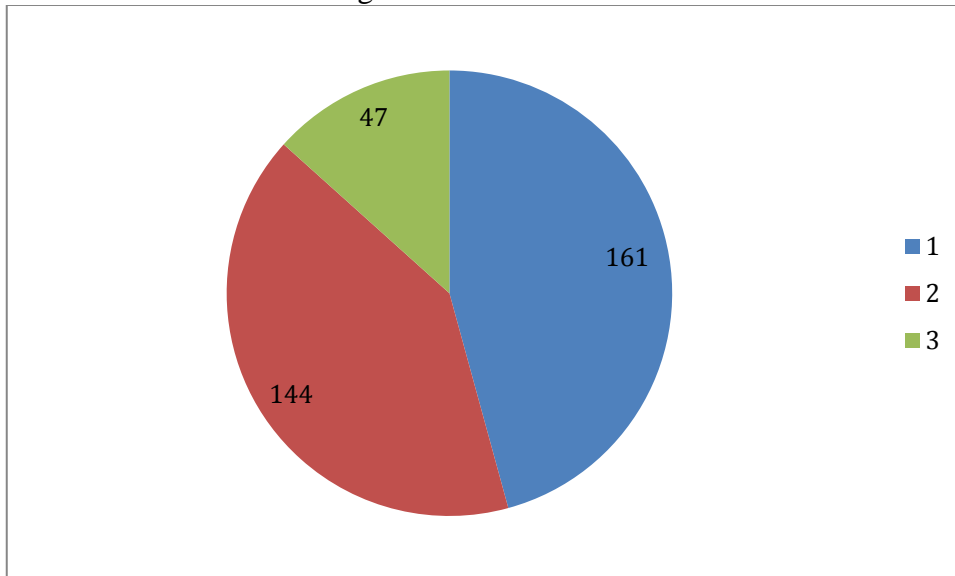
Riskbedömningar i Senior alert är 179 stycken

Mål värde är att 90 % av patienter inom särskilda boende ska vara bedömda och täckningsgrad för särskilda boende och korttid är 91 % för 2013. Detta gör att vi klarar det nationella målvärdet.

Nr 1 är antal riskbedömningar

Nr 2 är antal riskbedömningar med risk

Nr 3 är munhälsobedömningar

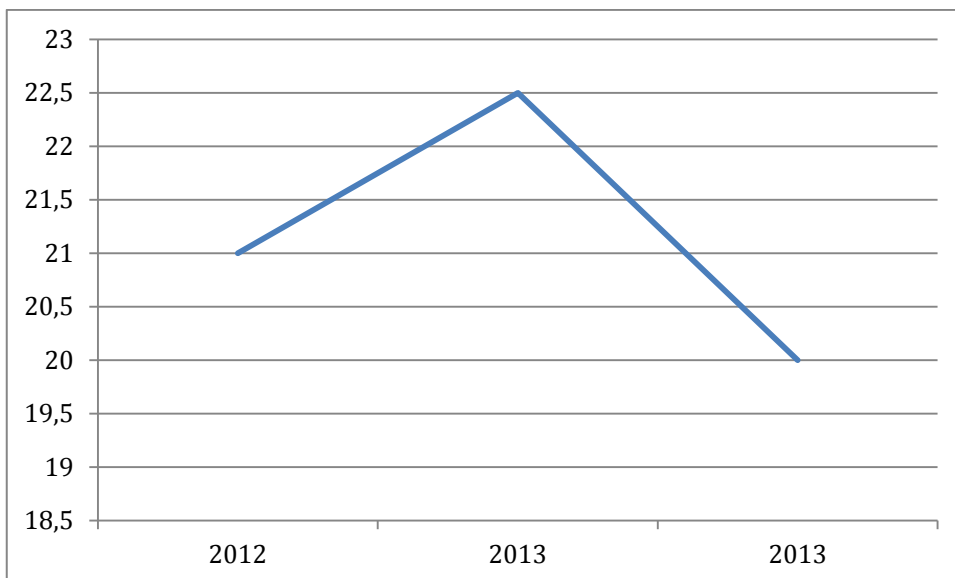


Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheten att bedriva och analyser resultat.

Demensvård

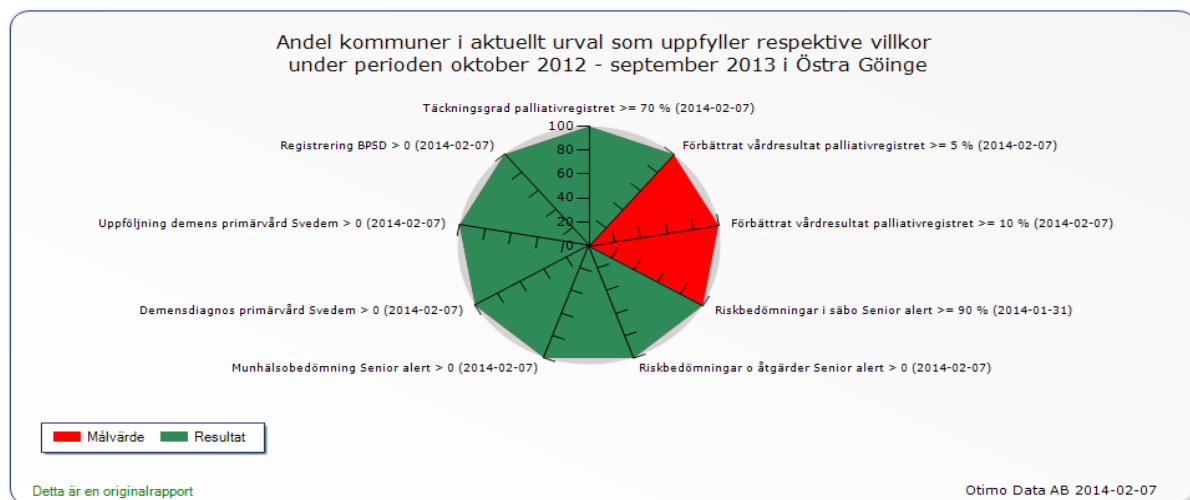
Två gånger per år utförs en mätning av livskvaliteten hos personer mer svår demenssjukdom utifrån instrumentet Qualid. Detta infördes under 2012 och tre mätningar är genomförda. Högsta grad av livskvalitet är 11 poäng och lägsta grad av livskvalitet är 55 poäng.

Se diagram som följer.



Registrering i BPSD-registret sker enligt rutin. Under året fanns tre kompletta registreringar införda. Arbete med att föra in uppgifter pågår inom enheten.

Styrtavla för Östra Göinge kommun kvalitetsarbete från SKL



Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen 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.

14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Introduktion av legitimerad personal behöver ses över.

Fortsatt arbete med Analysering av uppgifter införda i Senior alert och den utökning av uppgifter som ska registreras ska ske inom respektive enhet.

Uppföljning av identifierade förbättringsområden inom läkemedelshanteringen ska följas upp.

Vårdrelaterade infektioner: Sjuksköterskan ska vare månad göra en sammanställning över antalet infektioner som sker inom vården. Idag sker detta via ett papper som skickas till Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2014 ska rapporteringen övergå till att ske via gemensam mapp så sjuksköterskan kan hålla reda på vad som rapporterats och när.