



Patientsäkerhetsberättelse för Sävsjö kommun 2011

2012-03-01

Ann-Christin Jansson Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mall Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

Ansvar för hälso- och sjukvården i Sävsjö kommun omfattar särskilt boende och dagverksamheter inom äldreomsorg, omsorg och socialpsykiatri. Antalet personer med pågående HSL-insats var i december 2011 187 personer äldre än 65 år och 33 personer yngre än 65 år. Kommunen har ansvar upptill sjuksköterskenivå. Primärvården ansvarar för läkar insatser.

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Socialnämnden har delegerat upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Viktiga åtgärder under året för att öka patientsäkerheten

- Kontinuerlig revidering av ledningssystem för hälso- och sjukvården.
- I samverkan med primärvården utarbetat ett gemensamt arbetssätt och flödesschema för läkemedelsgenomgångar i hemsjukvård och särskilt boende i Sävsjö kommun.
- Genom registrering i nationella kvalitetsregistret Senior Alert, intensifierat arbetet med bedömningar, åtgärder och uppföljningar av risk för fall, undernäring och trycksår.
- Registrering i nationella kvalitetsregistret, Svenska Palliativregistret. Där registreras hur palliativa insatser har planerats såsom symtomkontroll, munvård, trycksår, brytsamtal, närvaro av medmänniska osv.
- Risk och händelseanalys vid avvikelser med hög allvarlighetsgrad.
- Förberedelse för införandet av nationell patientöversikt (NPÖ) och Pascal.

Övergripande mål och strategier

Övergripande mål är en god och säker hälso- och sjukvård.

Övergripande effektmål är att:

Verksamheten ska arbeta för att öka patientsäkerheten inom vård och omsorg.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ledningssystemet (SOSFS 2011:9) ska tydliggöra och synliggöra, verksamhetens kvalitet samt resultat. Vårdgivaren ska med stöd av detta planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Vårdgivarens ansvar

Ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är socialnämnden. Vilket innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Utifrån detta delegerar socialnämnden ut uppdrag.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

MAS upprättar rutiner för att styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över verksamheten. Ansvaret regleras bla. i 24§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 7 kap, 3§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) .

Verksamhetschef ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och rätt befogenheter för att uppföra sitt uppdrag på ett patientsäkert sätt. Verksamhetschefsansvaret enligt HSL har tom 2011 varit delegerat av Socialnämnden till respektive områdeschef för särskilt boende.

Områdeschef ansvar

Områdeschefer ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs inom det egna ansvarsområdet. Områdeschefen ansvarar även för att rutiner följs, avvikelser dokumenteras och att dessa följs upp och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte se till att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat med föra vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Kvalitetssystemet för hälso- och sjukvård med lokala rutiner för verksamheten uppdateras kontinuerligt. Det finns ett system för information till berörd personal. Avvikelse läkemedelshandling, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt med medicintekniska produkter (MTP) läggs in i databaserat avvikelssystem. Avvikelsesystemet är en del av verksamhetssystemet Pro-Capita. För avvikelser till sjukhus och apotek finns särskild rutin.

Uppföljning sker även via nationella kvalitetsregister, Senior Alert (fall, trycksår, nutrition) och Svenska Pallitivregistret (vård vid livets slut).

Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser ger uppföljningar och jämförelse med andra när det gäller läkaremedverkan, läkemedelsgenomgångar, läkemedelsförskrivning, riskbedömningar av fall, trycksår och undernäring.

Mätningarna av vårdrelaterade infektioner, trycksår, hygienrutiner och klädregler utförs av landsting och kommuner, men koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Utifrån resultaten från mätningarna kan den egna verksamheten följas.

Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel, sömnmedel, förekomst av kateter i urinblåsan samt trycksår. Jämförelse har gjorts mellan enheter och resultatet har redovisats till socialnämnden.

Egenkontroll risk för samt förekomst av vårdrelaterade infektioner mätning görs en gång/månad. Mätningen är en samverkan i länet med enheten för vårdhygien på länssjukhuset Ryhov i Jönköping.

Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatser redovisas halvårsvis till SCB och Socialstyrelsen. Åtterrapporering/månad av HSL-insatser till personer över och under 65 år.

Patientsäkerhetsarbete som bedrivits samt åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

- Riskbedömningar och förebyggande åtgärder trycksår, nutrition och fallskador
- Revidering av kvalitetssystem, lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården, bla när det gäller rutiner för personalens kontakt med sjuksköterska.
- Granskning av förekomst av trycksår.
- Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Registrering varje månad av riskfaktorer för infektioner och infektioner i särskilda boenden.
- Hembesök av sjuksköterska vid alla falltillbud.
- Personer på särskilt boende har erbjudits influensavaccination.

-
- Utbildning i demensomvårdnad genom riktade stimulansmedel.
 - Strukturerade läkemedelsgenomgångar.
 - Inriktning med spetskompetens sjuksköterskor i demens, sårvård, palliativ vård etc.
 - Arbete i arbetsgrupper med sårvård, dokumentation, Nationell patientöversikt.
 - MAS följer kontinuerligt upp avvikelser och vård skador samt beslutade åtgärder. Information ges på områdeschefsträffar samt hälso- och sjukvårdsträffar. Områdesansvarig chef och sjuksköterska ansvarar för att följa upp inträffade händelser på team träffar på arbetsplatsen.
 - Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, en förutsättning för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är att god och säker vård kan garanteras. Delegering sker efter säkerställande av personens kompetens, erfarenhet, omdöme och lämplighet i övrigt.

Uppföljning genom egenkontroll

- Jämförelse av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med resultat för andra kommuner (Socialstyrelsens Öppna jämförelser).
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.
- Kontinuerlig egenkontroll genom verksamhetens avvikelssystem.
- Granskning av verksamhetens resultat genom deltagande i nationella punktprevalensmätningar.
- Slumpmässiga kontroller av journaler.

Samverkan för att förebygga vård skador

- Regelbundna träffar MAS och verksamhetschef för primärvården för uppföljning av läkarmedverkan mm.
- Projekt läkemedelsgenomgång, lokala rutiner samt flödesschema för systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med primärvården.
- Uppdatering av lokalt samverkansavtal med öppen psykiatriska mottagningen i Vetlanda när det gäller läkarinsatser samt samverkan med kommun sjuksköterska.
- Fortsatt avtal för årlig kontroll av medicintekniska produkter med medicintekniska avdelningen på Höglandssjukhuset.
- Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien på länssjukhuset Ryhov i Jönköping.
- Samverkan äldrevården på Höglandet mellan primärvård, landsting och kommun i Esthers ledningsgrupp.

-
- Dementsteam och palliativ team i samverkan med primärvården.
 - Utarbetande av instrument i samarbetet MAS i länet för kollegiegranskning mellan kommuner när det gäller läkemedelshantering.
 - Team/omvårdnads träffar på arbetsplatserna.

Risicanalys

Ett systematiskt förebyggande arbete syftar till att identifiera risker som kan medföra skador. Bedömning erbjuds om risk finns för fall eller att personen ska utveckla trycksår eller undernäring eller om den äldre personen redan är undernärd. Bedömningarna används som underlag för individuellt anpassade förebyggande åtgärder.

Genom det databaserade avvikelseprogrammet får områdesansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och områdeschef del av avvikelser för bedömning och åtgärd. Händelsen analyseras vid enheten och lämpliga förebyggande åtgärder genomförs och följs upp för att minska risken för upprepning. Återkoppling sker bland annat på arbetsplatsträffar. Inträffade eller risk för allvarliga händelser rapporteras omgående av sjuksköterska och områdeschef till MAS för bedömning och vidare handläggning.

MAS gör bedömning av alla inträffade avvikelser, vid allvarligare händelser görs risk och händelseanalys.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Legitimerad personal och vårdpersonal som utför uppgifter på delegering har enligt patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet samt att rapportera risker för vårdskador, händelser som medfört eller hade kunnat medföra vård skada.

MAS rapporterar sammanställning av avvikelser 2 gånger/år till socialnämnden. Vid risk för allvarlig skada/alvarlig skada har MAS delegation från socialnämnden att göra anmälan enligt Lex Maria. Under 2011 har ingen Lex Maria anmälan gjorts.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Under 2011 har inga ärenden kommit via Patientnämnden eller Socialstyrelsen. Klagomål och synpunkter kan lämnas direkt till verksamheten enligt vård och omsorgs rutiner. Svar att klagomål inkommit lämnas skriftligt. Personlig kontakt tas med den som lämnat synpunkten om den vill bli kontaktad. Det är berörd områdeschef som tar emot och utreder klagomål och synpunkter. Vid ärende som gäller patientsäkerhet kontaktas MAS.

Sammanställning och analys

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas till berörda. Synpunkter och klagomål öka kvalitén i verksamheten. Sammanställning görs en gång/år.

Samverkan med patienter och närstående

Information och dialog med patient och anhöriga förs vid vistelse och inflyttning. Under året har riktlinjer samt rutiner fastställts för att hantera området skyddsåtgärder. Inom området ryms lås, larm samt ex. hantering av sänggrindar, bälten, selar, brickbord etc.

Resultat

Läkemedelsgenomgångar

Antal år 2011 69 kvinnor och 51 män. Antalet har ökat från föregående år.

Resultat Öppna jämförelser

Läkemedel

Tre eller flera psykofarmaka andel till 80 år och äldre 9.5% (riket 15,2 %). Olämpliga läkemedel, långverkande benzodiazepimer och antikolinerga läkemedel 20.7 % (riket 17,4%).

Läkemedelsgenomgång äldreboende

Andel 72% (riket 66%).

Riskbedömningar

Andel personer 65 år och äldre i särskilt boende som riskbedömts:

- Riskbedömning fall 99% (riket 55%).
- Riskbedömning undernäring 99% (riket 55%).
- Riskbedömning trycksår 99% (riket 42%).

Äldreguiden

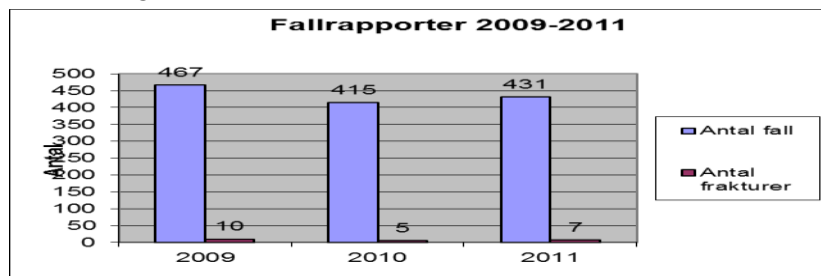
Omdömena varierar mellan 1-5, där 5 är bäst.

Samverkan -Tid för läkare i korttids- äldreboende samt läkemedelsgenomgång 3.5 (länet 2.9, Sverige 3,0). Föreskrivning av läkemedel äldreboende 3.5 (länet 2.9, Sverige 3.0). Förebyggande riskbedömningar 5.0 (länet 4,1, Sverige 3,0).

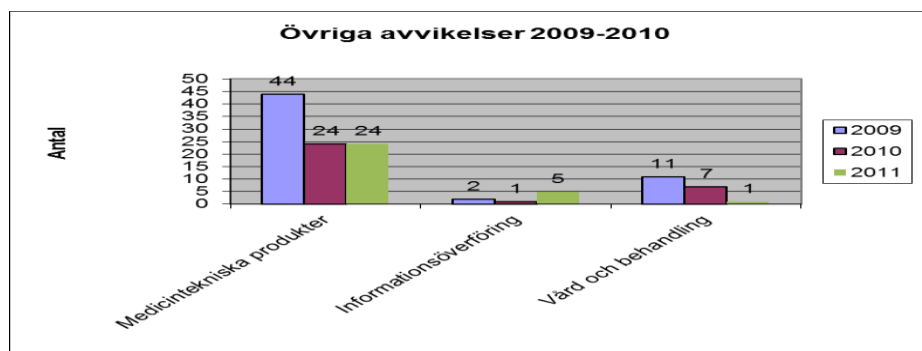
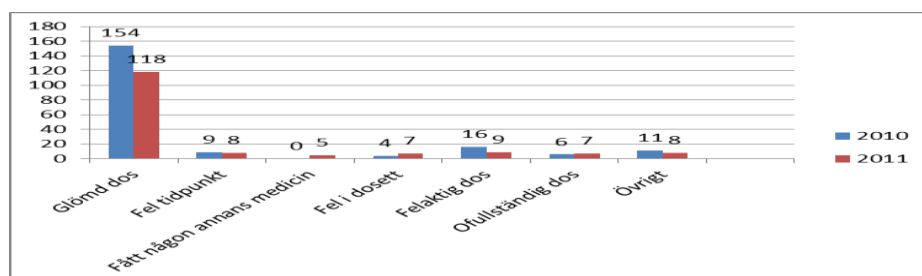
Avvikelsystem

Fallrapporter

Alla fall registreras.



Avvikelser läkemedel 2010-2011. Antalet avvikelser med läkemedel har minskat från 200 st år 2010 till 164 st år 2011.



Nationella punktprevalensmätningar

Den nationella punktprevalensmätningen av tryckskada/trycksår genomfördes vecka 12 år 2011, 85 kommuner deltog. 12,5 % (riket 14%) hade tryckskada/trycksår kat 1-4, där grad 1 är hudrodnad som ej bleknar vid tryck.

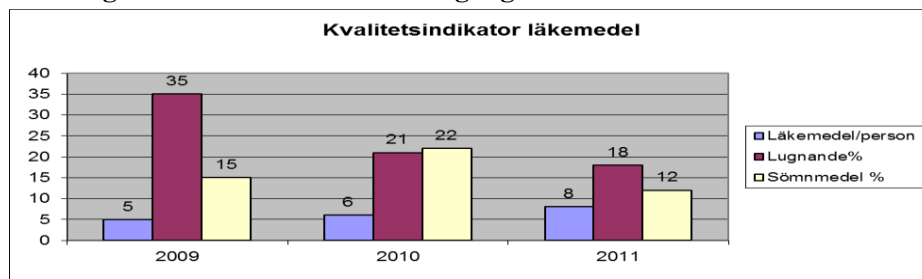
25% (riket 32,6%) var riskpatienter för trycksår. Av riskpatienterna hade 20,6% (riket 25%) trycksår.

Punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) VT 2011, 39 kommuner deltog. Resultatet visar att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler behöver förbättras. Korrekta basala hygienrutiner och klädregler 38% (riket 49%).

Mätning riskfaktor för infektioner och infektioner inom särskilda boenden, mäts en gång/månad. Resultat år 2011.

- Andel med trycksår 2%.
- Andel med urinkateter 11%.
- Andel med infektion 8%.
- Andel med antibiotikabehandling 7%.
- Andel med fot och bensår 4%.

Mätning av kvalitetsindikatorer en gång/år



Övergripande mål och strategier år 2012

MÅL

- Att verksamheten aktivt skall arbeta med patientsäkerhetsfrågor.
- Uppdatering av kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården.
- Informera och bjuda in patienter och närstående i arbetet med patientsäkerheten.

