



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-03-02

Annica Jonsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

All personal som arbetar inom hälso- och sjukvård i kommunen har ett ansvar i patientsäkerhetsarbetet och vi kan se att antalet avvikelser totalt har ökat under året. MAS har informerat enhetschefer, all legitimerad personal och omvårdnadspersonal om Patientsäkerhetslagen och vi har under året lyft fram avvikelserapporteringens betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Vi vet inte i vilken utsträckning detta har påverkat resultatet.

Avvikelser och statistik från kvalitetsregister följs upp och åtgärder har också diskuterats på teamträffar och APT som en stående punkt minst en gång i månaden. Avvikelsehantering och registrering i olika kvalitetsregister är en del i egenkontrollen i patientsäkerhetsarbetet, samt ett led i att utveckla verksamheten.

Antalet fallavvikelser har minskat med 7 % under ett år och vi har arbetat strukturerat med riskbedömningar gällande bland annat fall och vi arbetar mer strukturerat i team. Vi har även arbetat med hemrehabilitering i större utsträckning vilket är ett preventivt arbete i sig för att förebygga vårdskador.

Däremot har avvikelser gällande läkemedelshandlingen ökat med 21 % under året vilket beror på att omvårdnadspersonal, legitimerade och enhetschefer fått information om patientsäkerhetslagen och avvikelserns betydelse i patientsäkerhetsarbetet.

Övergripande mål och strategier

Mål

- Minska antalet fall med 5 %
- Öka patientsäkerheten
- Ökad följsamhet att skriva avvikelser och arbeta strukturerat med avvikelser

Strategi

- Öka kunskapen om patientsäkerhetslagen
- Arbeta fram ny avvikelsemodul i Procapita och ny rutin
- Arbeta fram ny delegeringsmodul i Procapita och ny rutin
- Starta upp olika arbetsgrupper och arbeta inom: läkemedel, delegering, avvikelshantering, Senior Alert, Palliativa teamet och hygienombud.
- Öka team samverkan
- Samverkan med vårdcentralen Töreboda
- Kostprojekt
- Bjuda in hygiensjuksköterska från kärnsjukhuset i Skövde
- Arbetssättet "På väg"
- Riskbedömningar i Senior Alert för alla inskrivna i hemsjukvården som är 65 år och äldre.
- Registrering i Palliativa registret
- Rutiner och utbildning för trygg och säker förflyttning

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och ska fastställa mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera mål.

Verksamhetschefen ansvarar för att mätbara verksamhetsmål formuleras, att utfallet analyseras samt att medarbetare delges resultat.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har delegerats att utreda och anmäla enligt Lex Maria. Resultatet från Lex Maria anmälan redovisas för Kommunstyrelsen samt diskuteras på APT.

Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård. Enhetschefer ansvarar för att berörda medarbetare initierar åtgärder.

Alla medarbetare har ett ansvar att kontinuerligt arbeta med patientsäkerheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador samt risk för vårdskador registreras av MAS i Excel. Patientansvarig legitimerad ansvarar för uppföljning/utvärdering av avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att sammanställa och analysera statistik fyra gånger/år från kvalitetsregister och avvikelshantering och presentera för verksamhetschef, enhetschefer och legitimerad personal.

Enhetschefer för HSL ansvarar för uppföljning/utvärdering av avvikelser genomförs månadsvis. Resultaten delges till medarbetare och att nödvändiga åtgärder genomförs.

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

Under året har medicinsk ansvarig sjuksköterska informerat omvårdnadspersonal, legitimerad personal samt enhetschefer om patientsäkerhetslagen. Legitimerad personal samt enhetschefer har fått SKL's handböcker inom patientsäkerhet.

Arbetsgrupper har träffats regelbundet under året:

- Läkemedelgruppen håller på att arbeta fram en ny lokal rutin gällande läkemedelshanteringen som utgår från ny rutin framtagen av MAS-gruppen i Skaraborgs län samt ifrån resultat av extern läkemedelshanteringskontroll för att få en säker läkemedelshandtering i alla led inom kommunen. Rutin från läkemedelsgruppen förväntas klar under första kvartalet 2012.
- Delegeringsgruppen har arbetat fram en ny rutin gällande delegeringar där delegeringsprocessen blir mer strukturerad och säker. Ny delegeringsmodul har byggts i Procapita vilket innebär att man dokumenterar direkt i modulen och delegeringar blir sökbara.
- Avvikelsehanteringsgruppen har arbetat fram en avvikelsemodul i Procapita samt en ny rutin som börjar gälla 1/1-12. Avvikelser dokumenteras i modulen och blir därmed sökbara.
- Palliativa gruppen arbetar fortlöpande med att ta fram lokala rutiner och arbetssätt. Under året har de tagit fram en vägledning i det praktiska arbetet vid vård i livets slut.
- Senior alert gruppen har gjort en rutin där man kan se flödet från registrering till åtgärder, utvärdering och avslut.
- Dokumentationsgruppen har påbörjats för att se över hur vi dokumenterar, hur vi arbetar med vårdplaner m.m.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har tagit fram en arbetsmetod och flera rutiner för säker förflyttning med lyftar och selar samt för uppföljning av lyftselar.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har hållit utbildning i "Upp från golv" för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor/distriktssköterskor. De har också utarbetat en rutin.

Enhetschefer inom ÄO samt LSS/Psykiatri samt kommunens hygienombud har träffat hygiensjuksköterska för utbildning och information. Hygienronder har genomförts i halva kommunen.

Teamträffar sker var 3:e vecka inom varje verksamhetsområde.

Samverkansträffar med vårdcentralen har skett två gånger under 2011 och en ny gemensam rutin har arbetats fram gällande läkemedelsgenomgångar. Samverkansavtal har utarbetats.

Ett Kostprojekt har påbörjats under hösten 2011. Exempel på uppdrag i projektet är att undersöka hur det faktiskt ser ut med individuell måltidsordning och personalens kunskapsnivå inom Äldreomsorgen i Töreboda Kommun.

Under perioden 2010-03-01 – 2011-02-28 provades ett nytt arbetssätt i äldreomsorgen via projekt "På väg". Tanken i det nya arbetssättet är att samma team som planerar en person från sjukhus möter upp personen i hemmet. Under en utredningsperiod har teamet möjlighet att utreda behovet av insatser både från SoL och HSL. Möjlighet finns även att träna olika färdigheter för att den enskilde ska bli så självständig som möjligt i vardagen.

Uppföljning genom egenkontroll

Uttag av statistik från kvalitetsregister och avvikelshantering sker varje månad av enhetscheferna för respektive ansvarsområde. MAS sammanställer statistik månadsvis övergripande för hela kommunen. MAS presenterar resultatet fyra gånger varje år.

Kommunens Kvalitetsrapport inom hälso- och sjukvård sammanställs av MAS årligen där verksamhetens resultat redovisas och jämförs mot tidigare år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan sker på teamträffar var tredje vecka eller vid behov där alla olika professioner inom hälso- och sjukvård i kommunen träffas och samverkar i patientärenden. Detta görs i samverkan gällande både HSL och SoL.

Team samverkan sker internt och externt i vårdplaneringar.

Samverkan sker med vårdcentralen i Töreboda minst 2 gånger varje år samt vid behov. Nya gemensamma rutiner arbetas fram och utvärderas. Samverkansavtal utarbetas.

Kommunen har en Demenssjuksköterska som är en länk mellan primärvården och kommunen. Efter sjukvårdens minnesutredning då personen har fått en demensdiagnos och gett sitt samtycke, sker överrapportering till kommunen.. Demenssjuksköterskans arbete är att stödja den demenssjuke. Se till att den sjuke får rätt insatser genom att förmedla de kontakter som behövs, medverka till att personen får lämplig omvårdnadsnivå för att möjliggöra kvarboende i ordinärtboende.

En extern kvalitetskontroll sker gällande läkemedelshandlingen görs en gång varje år. Vid behov förändras läkemedelsrutinen.

Samarbete med hygiensjuksköterska från KSS som träffar hygienombuden två gånger om året.

Patientnämnden har inbjudits och informerat legitimerad personal om deras verksamhet en gång under året.

Risکانالys

Legitimerad personal gör riskbedömningar i vården med patienten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör övergripande riskanalyser i kommunen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Vid risk för avvikelse eller vid faktisk avvikelse ska berörd personal fylla i en avvikelseblankett. Vid avvikelser gällande läkemedel och fall ska alltid en sjuksköterska kontaktas av upptäckande personal. Mottagare av avvikelse-rapport utreder händelsen samt analyserar denna. Återkoppling sker i vissa fall direkt med inblandad personal. För övrigt sker återkoppling månadsvis på teamträffar eller APT där man diskuterar vad som skett, varför det skedde, och hur man kan undvika att det händer igen. Detta sker i samverkan med berörd enhetschef.

Hantering av klagomål och synpunkter

All personal ska lämna ut/erbjuda blankett "Synpunkter och klagomål" till patient/anhörig från kommunen vid klagomål och övriga synpunkter.

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga kan lämnas till alla medarbetare i kommunen eller skickas in till Töreboda kommun. Klagomål och synpunkter utreds av berörd enhetschef. Rutinen beskrivs på kommunens hemsida.

MAS utreder om anmälan enligt Lex Maria är aktuellt. Resultat från Lex Maria anmälan och synpunkter från patientnämnden tas emot, sammanställs, analyseras och återkopplas till verksamheten av MAS i samverkan med berörd enhetschef.

Inkomna avvikelser från annan vårdgivare utreds av MAS i samverkan med aktuell enhetschef och återkopplas till verksamheten.

Sammanställning och analys

Klagomål och synpunkter utreds och analyseras av berörd enhetschef och redovisas till kommunstyrelsen. Efter årets slut sammanställs klagomål och synpunkter av verksamhetschef och presenteras i verksamhetsberättelsen.

MAS redovisar och sammanställer inkommande synpunkter från Socialstyrelsen och patientnämnd en gång årligen, oftare vid behov. Redovisning sker för kommunstyrelsen och verksamheten. Analys sker vid utredning av MAS och berörd enhetschef. MAS kan göra en mer områdes- eller kommunövergripande analys årligen eller oftare vid behov.

Inkomna avvikelser från annan vårdgivare utreds och analyseras av MAS. Sammanställning och redovisning till Kommunstyrelsen och verksamheten sker en gång om året eller oftare vid behov.

Samverkan med patienter och närstående

Vid Lex Maria anmälan kontaktar alltid MAS patient/anhörig som erbjuds möjlighet att ge sin syn på det som skett, vilket direkt kan medverka till patientsäkerhetsarbetet. Vid risk för eller faktisk avvikelse informeras patient eller anhörig av inblandad personal att avvikelse kommer att rapporteras.

Genom arbetssättet "På väg" får patienten/brukaren inflytande och delaktighet både vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen samt vid utförandet av insatser. Arbetssättet har nu implementerats i hela äldreomsorgen.

Resultat

Fallavvikelser

Målet under 2011 var att minskat antalet fall med 5 % och resultatet visar att antal fall har minskat med 7 %. Vi har arbetat strukturerat med riskbedömningar i Senior Alert gällande bland annat fall under året. Vi har även arbetat mera strukturerat i team och med arbetssättet "På väg". Utbildning inom olika förflyttningar har skett och nya rutiner för säkrare förflyttningar har framtagits.

Läkemedelsavvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat med 21 % under 2011. Detta beror på att MAS varit ute hos legitimerad personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal och informerat om patientsäkerhetslagen och avvikelsernas betydelse i patientsäkerhetsarbetet.

Senior Alert

Riskbedömningar görs minst en gång per år i samband med års genomgång hos läkaren, samt vid behov. Under 2011 är 242 stycken riskbedömningar gjorda angående fall, nutrition och trycksår.

Läkemedelsgenomgångar

Totalt har 171 läkemedelsgenomgångar skett via vårdcentralen i Töreboda. 14 läkemedelsgenomgångar har skett hos annan vårdgivare samt en patient är erbjuden men tackat nej. Psykiatrin ej inräknad i årets statistik.

En läkemedelsgenomgång ska ske minst en gång om året och används för att öka patientsäkerheten och kvalitet vid långvarig läkemedelsbehandling. Metoden kan förhindra att patienter tar läkemedel som inte längre behövs eller som påverkar varandra negativt.

En läkemedelsavstämning innebär en kartläggning över vilka läkemedel patienten är ordinerad och faktiskt använder.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Arbeta med strukturerad journalgranskning
- Större andel registreringar i Palliativa registret. Använda Palliativa registret för verksamhetsutveckling.
- Ökad följsamhet till basala hygienrutiner
- Ökad följsamhet till ny läkemedelsrutin
- Ta fram rutin för medicintekniska produkter