



Göteborgs Stad

Askim-Frölunda-Högsbo

Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2013-03-25
Diarienummer N136 –
0200/13

Äldreomsorg samt hälso- och sjukvård

Emma Eggertsen
Telefon 366 26 54 (eller Göteborgs Stad växel 368 00 00)
E-post: emma.eggertsen@askimfrolundahogsbo.goteborg.se

Patientsäkerhetsberättelse för äldreomsorg och hälso- och sjukvård 2012

Ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nu föreligger patientsäkerhetsberättelse för äldreomsorg och hälso- och sjukvård SDF Askim – Frölunda - Högsbo.

Förslag till beslut

Patientsäkerhetsberättelsen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård 2012 godkänns.

Bakgrund

Den nya lagen om patientsäkerhet innebär bland annat att vårdgivarens ansvar tydliggörs. Syftet med patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare. Säkrare vård ska leda till färre vårdskador och därmed ökad patientsäkerhet. Vårdgivaren ska i fortsättningen ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i arbetet med patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska redogöra för hur vårdgivaren arbetat med patientsäkerhet, vad som gjorts och vilka resultat som uppnåtts.

Samråd

Pensionärsrådet kommer att informeras om patientsäkerhetsberättelsen.

Samverkan

Information sker på FSG den 25 april 2013

Hans Erngren
Stadsdelsdirektör

Bilaga 1: Patientsäkerhetsberättelsen Askim – Frölunda - Högsbo 2012

Bilaga 2: Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Bilaga 3: SÄBO Svenska Palliativregistret

Bilaga 4: ASIH Svenska Palliativregistret

Bilaga 5: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2012 äldreboenden



Göteborgs Stad
Askim-Frölunda-Högsbo

Patienssäkerhetsberättelse för vårdgivare 2012

SDN Askim-Frölunda-Högsbo

1 Sammanfattning

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är fördelat mellan stadsdelsnämnd, verksamhetschef för hälso- och sjukvården, medicinskt ansvariga, sektorschefer, områdeschefer, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal.

I avvaktan på ett nytt gemensamt kvalitetsledningssystem för hela staden har det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under 2012 bedrivits på ungefär samma sätt som tidigare med stöd av Mas och Mar. Ett gemensamt arbete pågår i staden för att ta fram hur stadsdelarna ska beskriva sina kvalitetsledningssystem.

Medicinskt ansvariga genomför granskningar dels utifrån enskilda händelser dels utifrån årlig planering samt på uppdrag. Bland annat har granskning gjorts avseende dokumentation, kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen angivit och följsamhet till basala hygienrutiner.

Stort fokus under 2012 har varit att utbilda medarbetarna i basala hygienrutiner för att minimera vårdrelaterade infektioner.

NOSAM, närområdesgrupp för samverkan på kommun/stadsdelsnivå, har planerat och genomfört utbildningsinsatser i läkemedelsanvändning och påverkan på äldre för läkare och sjuksköterskor på särskilda boenden.

En handlingsplan inom projektet för in- och utskrivningsklar patient har tagits fram under året. Syftet med planen är att skapa förutsättningar för patienterna att få vård på rätt vårdnivå

Fortsatt implementering av och arbete i de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert och Svenska palliativregistret bidrar till kunskap, struktur och systematik i arbetet runt patienten avseende fall, trycksår, nutrition och vård vid livets slut.

Kvalitetsindikatorerna - Socialstyrelsen har angivit ett antal kvalitetsindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvården. För att säkerställa att verksamheten arbetar strukturerat med dessa områden inhämtas uppgifter från sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster 1 gång per år.

Den nya författningen (SOSFS 2012:9) gällande läkemedelshantering och skyldigheten att genomföra läkemedelsgenomgångar ökar tryggheten och säkerheten vid läkemedelsförskrivning för den enskilda patienten.

Uppdateringen av MTP-databasen ger ett bättre stöd för verksamheterna i arbetet med att kvalitetssäkra enheternas grundutrustning.

All personal är skyldig att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera avvikelser och risker av betydelse för trygghet och säkerhet för den enskilde. Uppföljning sker enligt Riktlinje för avvikelshantering. Av antalet inkomna avvikelser, 2942 stycken kan man dra slutsatsen att det finns en kultur att rapportera händelser vilket är positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Medicinskt ansvarigas sammanfattning

2 Övergripande mål och strategier

Mål för patientsäkerhetsarbetet under 2012

- Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska fokusera på den enskildes individens delaktighet i planeringen och inflytande över sin situation.
- Det krävs en god samverkan mellan verksamheterna och en tydligt reglerad samverkan med andra vårdaktörer.
- För att möta ökade krav ska Göteborgs stad erbjuda en kvalitativ säkerställd hälso- och sjukvård inom berörda verksamheter.

Strategier och åtgärder utifrån målen

Särskild vikt ska läggas på den enskildes inflytande och på att motivera och inspirera till egna val. Vården och omsorgen ska vara individuellt utformad och stärka individens resurser. Inflytandet ska även synas i dokumentationen.

Den enskilde ska inte behöva hålla reda på ansvarsgränser. Vi bidrar till att informationsöverföring och samverkan mellan verksamheterna och olika huvudmän fungerar smidigt.

System för hantering av avvikelser och klagomål ska ingå i verksamhetens förbättringsarbete. Risker i patientsäkerheten ska identifieras och elimineras.

Stadsdelen ska öka användandet av de nationella kvalitetsregistren senior alert och palliativregistret.

Samverkan med MAS/MAR när det gäller utövandet av det medicinska ledningsansvaret i förvaltningen i syfte att bedriva god och säker hälso- och sjukvård.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fastställdes i Patientsäkerhetsberättelse för 2011. Se bilaga *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet*.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

All personal är skyldig att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera avvikelser och risker av betydelse för trygghet och säkerhet för den enskilde. Avvikelser hanteras och följs upp enligt gällande Riktlinje för avvikelshantering. Utifrån rapporterade avvikelser utarbetar enheterna lokala förbättringsförslag för att öka patientsäkerheten och på sikt minska antalet avvikelser. Avvikelser som inneburit allvarlig skada eller risk för den enskilde, utreds av MAS/MAR som också bedömer om avvikelserna ska anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. MAS/MAR genomför utbildningar i avvikelshantering för enhetschefer två ggr/termin. Avvikelser finns som en fast punkt på alla APT inom hälso- och sjukvården. Hemsjukvården har inrättat ett Patientsäkerhetsråd som arbetar strukturerat med verksamhetens avvikelser.

MAS/MAR har kontinuerligt utbildning i avvikelshantering för chefer inom Äldreomsorg/ Hälso- och sjukvård och IFO/Funktionshinder för att säkerställa kunskapen om och följsamheten till *Riktlinje för avvikelshantering*.

I kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret följs arbetet upp genom statistik från respektive enhet.

Enkäter och granskningar är verktyg som används för uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet.

Synpunkter och klagomålshantering hanteras enligt stadsdelens riktlinje.

Medicinskt ansvariga

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

Mål om ökat inflytande och delaktighet

En enkät avseende delaktighet och inflytande delades ut till patienter inom hemsjukvården och på särskilda boenden under våren 2012. Arbete med enkäten ledde till reflektion och erfarenhetsutbyte i personalgrupperna över hur mycket inflytande och delaktighet patienten har över de hälso- och sjukvårdsinsatserna som erbjuds. Man diskuterade även hur delaktigheten kan synliggöras i patientjournalen.

Enheten för rehabilitering har haft som mål under 2012 att insatserna ska på ett tydligt sätt utgå från patientens behov. 2012 lämnade enheten ut en enkät till patienter med frågeställningar utifrån det målet.

Mål om samverkan

Närområdessamverkan, NOSAM, mellan kommun och primärvården med uppdrag att gemensamt planera, utveckla och följa upp närsjukvård har under året arbetat med en rad olika frågor.

En lokal handlingsplan för in- och utskrivningsklar patient arbetades fram under året på uppdrag av NOSAM. Syftet är att patienten ska få vård på rätt vårdnivå.

Öppna Jämförelser redovisning 2010 visade att stadsdelen stack ut negativt vad gällde läkemedelsanvändning hos äldre på särskilda boenden. Äldre och läkemedel har därför varit ett prioriterat område i NOSAM- Äldre. En utbildning om läkemedelspåverkan hos äldre planerades och genomfördes i samverkan med apoteket, primärvården och kommunen under hösten 2012. Primärvårdens läkare och kommunens sjuksköterskor inom särskilda boenden bjöds in, ca 100 personer deltog.

Systematiska läkemedelsgenomgångar pågår löpande i enlighet med den nya författningen (SOSFS 2012:9) gällande läkemedelshantering, med syfte att öka tryggheten och säkerheten vid läkemedelsförskrivning för den enskilda patienten.

Mål om kvalitativt säkerställd hälso- och sjukvård

Vårdhygien

Vårdhygiens Hygiensjuksköterska med särskilt ansvar för den kommunala vården i Göteborgs Stad utbildar årligen enhetschefer, legitimerad personal och baspersonal inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård i Basala hygienprinciper, i arbetet med att förebygga infektioner och smittspridning. Hygienombud finns utsedda på samtliga enheter inom särskilda boenden och får fortlöpande utbildning två gånger per år. Under året har även hygienombud utsetts inom hemtjänsten.

Säkerhetskultur

Säkerhetskultur är det förhållningssätt och attityder en organisation och dess medarbetare har till risker. En god säkerhetskultur uppmuntrar personalen att göra riskanalyser och rapportera händelser som skulle kunna leda till vårdskador. En enkät avseende säkerhetskultur lämnades ut till samtliga enheter inom sektorn för att få en fingervisning om förbättringsområden.

Förebyggande arbete inom fall, trycksår och nutrition

Det nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett verktyg som används i det förebyggande arbetet. Legitimerad personal på särskilda boenden och inom hemsjukvården ansvarar för att tillsammans med omsorgspersonal erbjuda alla över 65 år en riskbedömning inom områdena fall, trycksår och nutrition. Vid risk inom något

område planerar teamet, tillsammans med den enskilde, olika åtgärder som löpande följs upp.

Vård vid livets slut

Samtliga äldreboenden och ASIH teamet är anslutna till och arbetar enligt kriterierna i Svenska palliativregistret, som är ett nationellt kvalitetsregister för alla som vårdar människor i livets slut. Syftet med registret är att mäta hur verksamheten uppfyller nationella kriterier för god vård i livets slutskede.

ASIH

De patienter som får insatser av ASIH teamet har behov av att få stöd och hjälp att leva ett så självständigt liv som möjligt i det egna hemmet. Det kan innebära ett behov av att få hjälp och råd vid förflyttningar, att erhålla adekvata hjälpmedel, få information och stöd om sin situation utifrån sitt eget önskemål, få lindring av besvärande symtom som smärta, oro, ångest illamående, andningssvårigheter eller andra symtom, att inte behöva dö ensam, att dö på den plats man önskar och att anhöriga får information, stöd och uppföljande samtal. De vi är till för förväntar sig ett kompetent, respektfullt, tryggt bemötande och att vården är lättillgänglig hela dygnet.

Vården följs upp och utvärderas enligt kriterierna i Svenska palliativregistret efter varje dödsfall som sker i hemmet och genom brukarenkäter en gång per år. Uppföljning sker också genom närståendeenkäter som skickas 6-8 veckor efter ett dödsfall, till samtliga som haft ett delat hushåll. Alla erbjuds också ett efterlevandesamtal med läkare och patientansvarig sjuksköterska en månad efter dödsfall. Resultatet i palliativregistret redovisas och diskuteras 4 gånger per år. Närståendeenkäten sammanställs och redovisas två gånger per år. Brukarenkäten skickas en gång per år och redovisas och diskuteras i arbetsgruppen. Göteborgs stad genomför årligen en undersökning riktad till patienter inom hemsjukvården. Syftet är att få kunskap om patienternas bedömning av verksamheten.

Inkontinens

Inom hemsjukvården har en sjuksköterska med fördjupat uppdrag inom inkontinensområdet haft genomgångar om hur inkontinensarbetet kan bedrivas. Syftet med sjuksköterskans uppdrag är att ge sina kollegor stöd och hjälp i arbetet med att ge patienten en individuell utredning, behandling och uppföljning. Ett utbildningsmaterial som bygger på inkontinenscentrums vårdprogram för blås- och tarmfunktionsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård har tagits fram. Materialet är tänkt att vara ett underlag för patientansvarig sjuksköterska att använda i utbildningssyfte i respektive hemtjänstlag.

Demens

Sedan 2012 har stadsdelen demensombud inom särskilt boende och hemtjänst. Demensombuden har fördjupningsuppdrag enligt Göteborgs stads kompetensmodell. enligt *Fördjupat uppdrag demensundersköterskor*

Under året träffades ca 30-40 demensombud från särskilt boende och hemtjänst vid tre tillfällen. Representanter för ledningsgrupperna i särskilt respektive ordinarie boende planerade innehållet utifrån verksamhetens behov. Ansvarig för träffarnas utformning och innehåll var en av sektorns sjuksköterskor med specialistkompetens inom demens som även representerar stadsdelen i stadens kompetensnätverk i demens.

I fokus under 2012 var bemötande och vård och omsorg vid BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). Innehållet byggde på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och det salutogena

förhållningssättet.

Ombuden tog del av webbutbildningsmaterial som Skåne universitetssjukhus skapat kring bemötande vid demens och förvirringstillstånd. Materialet kan användas vid introduktion av sommarvikarier och vid reflektion kring bemötande vid demens och förvirringstillstånd på de olika enheterna.

Vidare presenterades innehållet i de nationella riktlinjerna gällande vård och omsorg av personer med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och deltagarna arbetade med ett material som kan användas vid utredning och planering (i det tvärprofessionella teamet) för personer med BPSD. Materialet utgör ett stöd då orsaker bakom svåra symtom skall identifieras. Vid samtliga träffar arbetade ombuden med social dokumentation.

Tanken är att ombuden i sin tur förmedlar kunskap och underlag för utredning/vård och omsorg vid BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) vidare på sina arbetsplatser.

Under 2012 fick också samtliga sjuksköterskor inom särskilt boende motsvarande information om vård och omsorg vid BPSD i samband med en planeringsdag. Där gavs också information om stadens riktlinjer gällande skydds och tvångsåtgärder.

Kvalitetsindikatorer

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i Göteborgs Stad har gemensamt arbetat fram frågeställningarna kring de nationella kvalitetsindikatorerna för hälso- och sjukvård. Frågorna omfattar olika områden såsom nutrition, fall och trycksår. Kvalitetsindikatorerna för rehabilitering är framtagna av Göteborgs Stads medicinskt ansvariga (MAR) då nationellt framtagna kvalitetsindikatorer saknas.

För att säkerställa att verksamheten arbetar strukturerat inhämtar MAS/MAR uppgifter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal en gång per år. Syftet med mätningen är att följa utvecklingstendenser, spåra kvalitetsbrister och kartlägga utbildningsbehov inom kommunal hälso- och sjukvård.

Målet är att verksamheterna ska uppnå god kvalitet genom ett evidensbaserat och strukturerat arbetssätt inom angivna områden.

Resultatet redovisas och analyseras i samverkan med områdeschefen. Verksamheten ansvarar för att genomföra förbättringsåtgärder.

Respektive enhetschef organiserar patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet.

Medicintekniska produkter

Under 2012 har MAS/MAR arbetat med att implementera/ informera om den uppdaterade MTP- databasen. Rutiner för MTP- databasen har uppdaterats och säkerställer kontroll, uppföljning och underhåll av grundutrustningen på våra boenden inom äldreomsorg och funktionshinder.

Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentar

6 Uppföljning genom egenkontroll

Kvalitetsregister – Svenska palliativregister Stadsdelens ASIH team och äldreboenden jämför sina vårdresultat i Svenska palliativregistret från år till år och använder resultaten som grund för förbättringsområden. ASIH teamet mäter även anhörigas upplevelser av vården efter varje dödsfall.

Kvalitetsregister – Senior alert Samtliga enheter inom hemsjukvården och äldreboenden är anslutna till kvalitetsregistret Senior Alert där risk för fall, nutrition och trycksår registreras. Registret ger möjlighet att följa det förebyggande arbetet både på individ- och organisationsnivå.

Kvalitetsindikatorer - en årlig mätning utförs av kvalitetsindikatorer som till exempel användning av bedömningsverktyg, åtgärder gällande trycksår, fall, nutrition, smärta, infektioner, diabetes och inkontinens.

Statistik - Hemsjukvården följer statistik varje månad om antal inskrivna, vårdtyngd och antal hembesök.

Avvikelsestatistik - Statistik på rapporterade avvikelser följs upp fyra gånger per år. Händelseutredningar utförda av MAS/MAR med förslag på åtgärder delges verksamheten.

Basala hygienrutiner - Mätning avseende följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har utförts vid två tillfällen under året på samtliga äldreboenden. Mätningen görs genom att medarbetarna observeras av speciellt utsedda personer på enheten. Inom hemtjänsten utförs mätningen genom att medarbetarna fyller i ett självskattningsformulär. Inom hemtjänsten har en mätning gjorts under året.

Medicinsk journalföring – En granskning av 170 journaler avseende vård- och rehabiliteringsprocessen utfördes.

Säkerhetskultur – En enkät lämnades ut till samtliga enheter inom särskilt och ordinärt boende samt område för hälso- och sjukvård/bemannning.

Loggranskning av patientjournalssystemet – Systematiskt urval av personal sker och patienterna väljs slumpmässigt. Granskning sker av samtliga aktiviteter i journalssystemet

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

- Rutin för samverkan med primärvården finns, både privat och offentlig
- Chefer inom kommun och primärvård träffas i NOSAM, se nedan.
- Aktivt arbete med SVPL Klara pågår i vårdkedjan.
- SVPL Klara, IT-stöd i vårdkedjan följs regelbundet
- Lekaravtal finns med samtliga vårdcentraler för att säkra läkartillgången inom särskilda boenden och för patienter inom hemsjukvård.
- Läkare inom SU/ASIH och kommunens ASIH träffas regelbundet
- Hemsjukvårdens sjuksköterskor träffar läkare på vårdcentraler.
- Askim-Frölunda-Högsbo är en av tre stadsdelar som ingått i två projekt med SU och med Primärvården gällande vårdkedjan.
- Psykiatriteamet träffar berörda samverkanspartners.

Intern samverkan

- Rutin för informationsöverföring finns mellan hemsjukvård och hemtjänst, möten sker varje månad i laglokalerna
- Rutin för samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst finns, så kallade I-sam möten (Individsamverkan).
- Områdeschefer träffar MAS/MAR kontinuerligt.
- Enhetschefer inom hemsjukvård och hemtjänst träffas.
- Inom särskilda boenden finns tvärprofessionella möten inom alla enheter.
- Hemsjukvården har tvärprofessionella möten internt.

8 Riskanalys

Organisatorisk nivå

- Riskanalyser genomförs inför organisationsförändringar
- Avbrottsplan för dataavbrott finns
- För att säkra tillgängligheten vid eventuella avbrott hos teleoperatören finns tillgång till kontaktkort till larmtelefonerna inom hemsjukvården.
- Start av semesterplanering i god tid
- Ett arbete pågår i staden att bygga ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete , SOSFS 2011:9.

Individnivå

- Hälso-och sjukvårdspersonal ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att patienter drabbas av skada.
- Riskanalys ska göras i samband med den samordnade vårdplaneringen för svårt sjuka eller multisjuka patienter på individnivå. Bedömningen ska göras såväl utifrån patientens behov som personalens kompetens och organisatoriska förutsättningar.

En riskanalys ska göras när nya risker uppmärksammas, t.ex. vid upprepade avvikelser.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal är skyldig att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera avvikelser och risker av betydelse för trygghet och säkerhet för den enskilde.

Avvikelser hanteras enligt gällande Riktlinje för avvikelshantering.

Avvikelsekategoriseras 1-4 utifrån en bedömningsmall där följande är exempel på indelning:

1. ingen märkbar konsekvens för den enskilde
2. mindre skada av snabbt övergående karaktär ex blåmärke
3. större skada som kräver läkarvård ex fraktur
4. dödsfall eller stora kvarstående funktionsnedsättningar

Ansvar för att bedöma enklare avvikelser (kategori 1-2), vidta åtgärder, utarbeta och genomföra och följa upp förbättringsförslag vilar på enhetschefen och utgör en del i verksamhetens kvalitetsarbete.

Utifrån rapporterade avvikelser utarbetar enheterna lokala förbättringsförslag, främst för läkemedelshantering och fallprevention, för att öka patientsäkerheten och på sikt minska antalet avvikelser.

Avvikelser som inneburit allvarlig skada eller risk för allvarlig skada hos den enskilde (kategori 3-4), utreds av MAS/MAR som också bedömer om avvikelserna ska anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

MAS/MAR genomför utbildningar i avvikelshantering två ggr/termin.

Avvikelser finns som fast punkt på alla APT inom Hälso- och sjukvården. Hemsjukvården har inrättat ett Patientsäkerhetsråd som arbetar strukturerat med verksamhetens avvikelser.

Uppföljning

Uppföljning sker enligt Riktlinje för avvikelshantering där enhetschefer ansvarar för uppföljning av avvikelser kategori 1 och 2. För kategori 3 och 4 ansvarar MAS/MAR tillsammans med verksamhetschefer för uppföljning av avvikelser.

10 Hantering av klagomål och synpunkter

10.1 Klagomål och synpunkter

I Rutin för synpunktshantering beskrivs hur förvaltningen tar emot och hanterar en synpunkt, hur ärendet fördelas till ansvarig handläggande chef och hur återkoppling sker till den som lämnat en synpunkt.

Sektorschefer, områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att samtliga medarbetare känner till riktlinjer och rutiner för synpunktshantering och att dessa följs. Närmaste chef ser till att synpunkten handläggs omgående och skickar den för registrering till diariet eller om synpunkten bedöms vara av enkel karaktär förtecknar den på arbetsplatsen. Närmaste chef ansvarar för återkoppling till synpunktslämnaren. Chefer på olika nivåer ansvarar för att analys av inkomna synpunkter görs på respektive nivå.

Medarbetare ska känna till riktlinjerna och rutinerna för synpunktshantering. Medarbetarna ansvarar för att synpunkter tas om hand och vidarebefordrar dessa till närmaste chef. Synpunkter som lämnas muntligt ska skrivas ned av mottagaren.

10.2 Sammanställning och analys

Genomgång av inkomna synpunkter sker regelbundet och fortlöpande på arbetsplatserna. Respektive chef ansvarar för årlig sammanställning och analys av inkomna synpunkter.

11 Samverkan med patienter och närstående

Inom verksamheten har varje omsorgstagare/patient en namngiven kontaktperson och patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Detta bidrar till kontinuitet och trygghet för den enskilde och närstående.

Några enheter i stadsdelen har inrättat brukarråd eller anhörigträffar för att öka samarbetet och inflytandet.

ASIH anordnar anhörigträffar. Teamets kurator och sjukhuskyrkans diakon håller i träffarna. Syftet att träffa andra i liknande situation och få möjlighet att ta upp och tala om det som känns viktigt.

12 Resultat

Läkemedel

Socialstyrelsens Äldreguide visar på en förbättring av föregående års resultat på äldreboende i SDF Askim-Frölunda-Högsbo. Andelen personer som har 10 eller fler läkemedel är 25,6 procent (föregående mätning drygt 30 procent), andelen med tre eller fler psykofarmaka är 24,5 (30 procent). Andelen personer med olämpliga läkemedel är 7,7 procent (ca 13 procent) och andelen personer på äldreboende med olämpliga läkemedelskombinationer är 2,4 procent (drygt 4 procent). Förbättringen tyder på att de insatser i form av utbildning och läkemedelsgenomgångar som gjorts under året gett resultat

Infektioner, smittspridning och hygien

Under året har utbildningsinsatserna i basal hygien fortsatt, både baspersonal och legitimerad personal har utbildats. Resultatet har följts upp genom två mätningar

Mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten ökar men att det finns förbättringsområden. Inom äldreboenden följer 43 procent av personalen basala hygienrutiner i samtliga sju steg, vilket är på samma nivå som riksgenomsnittet (45 procent). De två steg där följsamheten är bäst är användning av handsprit efter arbetsmoment samt att personalen har uppsatt eller kort hår. I dessa moment är följsamheten 96 procent. Det som oftast missas är att sprita sina händer innan ett arbetsmoment. Mätningen visar också att drygt 10 procent av personalen inte tar av sig ringar, klockor och armband under arbetet. (Hela mätningen bifogas som bilaga). Inom hemtjänsten har arbetet påbörjats under senare delen av året och man har inte kommit lika långt som inom äldreboenden, vilket också bekräftas av resultatet i mätningen som visar att endast ca 27 procent följer riktlinjerna i samtliga sju steg. Kunskap och utbildning är nyckeln till framgång i arbetet med hygien och en förutsättning för att begränsa smittspridning.

Kvalitetsindikatorer: Förekomsten av infektioner under mätningen 2012 visade att 6 procent av patienterna hade en pågående infektion. Den vanligaste infektionen var en hud/sårinfektion.

Undernäring, Fall och Trycksår

Inom äldreomsorgen och hemsjukvården registreras och riskanalyseras undernäring, fall och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Antalet riskbedömningar var i år totalt 437, man ser att antalet riskbedömningar har sjunkit under andra halvåret 2012. Arbetet med att registrera och analysera/åtgärda resultatet har återupptagits och intensifieras under 2013 främst med fokus på att initiera baspersonal i arbetssättet och att utveckla teamarbetet.

Kvalitetsindikatorer

I den mätning av kvalitetsindikatorer som gjordes 2012 ingick totalt 1331 patienter mot 767 patienter året innan. Det kan därför vara missvisande att jämföra resultaten med varandra. Endast för äldreboende kan jämförelser göras med föregående år. Sjuksköterskorna som arbetar inom funktionshinderområdet deltog för första gången och inom hemsjukvården ökade antalet patienter från 152 till 530 år 2012, vilket är en mycket positiv utveckling. Både riskbedömningar och vårdplaner görs i högre omfattning.

Undernäring: Mätningen av Kvalitetsindikatorer v. 18 visar att andelen patienter på äldreboende med risk för undernäring ökat något till 25 procent jämfört med föregående år (19 procent). 84 procent av de med risk för undernäring har en vårdplan upprättad.

Inom hemsjukvården gjordes 71 riskbedömningar för undernäring mot 0 föregående år. Bland de som identifierades ha en ökad risk hade 50 procent en vårdplan.

Inom korttidsboende riskbedömdes 70 procent av patienterna. Av dessa hade 10 procent en ökad risk för undernäring och samtliga av dessa hade en vårdplan.

Funktionshinder deltar i mätningen för första gången. Av de personer som identifierats ha en ökad risk hade 87 procent en upprättad vårdplan

Fall: Mätningen av Kvalitetsindikatorer v. 18 visar att andelen patienter på äldreboende med ökad risk för att falla har ökat något till 35 procent, jämfört med 20 procent föregående år. Riskbedömningar genomfördes i år på 73 procent av de boende jämfört med 42 procent föregående år vilket är positivt.

Inom hemsjukvården bedömdes 127 patienter ha en ökad risk att falla. Av dessa hade drygt en tredjedel en vårdplan.

Inom funktionshinder har endast 9 procent en ökad risk att falla. Av dessa har drygt hälften en vårdplan.

Trycksår: Mätningen av Kvalitetsindikatorer v. 18 visar att 86 procent av patienterna på äldreboende är riskbedömda för trycksår. Av dessa har 16 procent en ökad risk för trycksår. Av de med ökad risk har drygt 80 procent en upprättad vårdplan Värt att notera är att ingen hade en upprättad vårdplan föregående år.

Inom hemsjukvården har knappt 60 av de med ökad risk för trycksår en upprättad vårdplan

Inom funktionshinder har knappt 5 procent av brukarna en ökad risk för trycksår och av dessa har ca 40 procent en upprättad vårdplan.

Läkemedelsavvikelser

Inom äldreomsorg inklusive hemsjukvård, korttidsvård och daglig verksamhet samt inom funktionshinder rapporterades under året 717 (733) läkemedelsavvikelser. De flesta av dessa, 72 procent, gäller uteblivet läkemedel i form av tabletter. De uteblivna läkemedlen är till 90 procent stående ordinationen i apodos.

De flesta läkemedelsavvikelser rapporteras inträffa på dagtid på särskilt boende inom äldreomsorg och funktionshinder.

Kommentar: 717 avvikelser kan tolkas som en hög siffra men i jämförelse med hur många läkemedelsdoser som lämnas ut årligen ca 730 000 per år innebär 733 missade doser en promille. Målsättningen är naturligtvis noll avvikelser. Få läkemedelsavvikelser rapporteras inom hemtjänst och funktionshinder, vilket kan tolkas som att det inte finns en kultur att rapportera avvikelser som inom särskilt boende.

Avvikelser fall

Av totalt 2847 (2942) inrapporterade avvikelser var 1847 (1854), eller ca 65 procent, fallavvikelser. Av dessa var 15 fallavvikelser av allvarlig karaktär (kategori 3), vilket i de flesta fall innebär att patienten ådragit sig en fraktur till följd av fallet.

De flesta fall inom äldreomsorgen inträffade i sovrummet och oftast hittades personen liggandes på golvet av oklar anledning.

Inom funktionshinder rapporterades 49 (35) fall och av dessa inträffade de flesta inomhus såsom sovrum, badrum, korridor m.m.

Avvikelser av allvarligare karaktär

MAS/MAR har under 2012 genomfört 9 utredningar av allvarliga (kategori 3-4)

händelser, vilket är en liten minskning mot föregående år. Förslag på förbättringsåtgärder har delgivits verksamheterna av MAS/MAR. En gemensam Lex Maria har gjorts med Göteborgs stads medicinskt ansvariga sjuksköterskor för att påtala de patientsäkerhetsrisker man sett i läkemedelshanteringen vid införandet av ordinationsverktyget Pascal.

Vård vid livets slut

Resultatet i Svenska Palliativregistret visar på förbättringar inom samtliga kvalitetsindikatorer för ASIH och på särskilda boenden. Gerdas gård och ASIH har ett mycket bra resultat. Resultaten varierar mellan enheterna i övrigt vilket bland annat beror på att flera enheter har arbetat länge med registret medan andra har relativt nyligen anslutit sig.

För ASIH är den största enskilda förbättringen den ökade användningen av validerade smärtinstrument som ökat från 10,7 till 29,4 procent. Bakom den förbättringen står ett förändrat arbetssätt och användandet av Abbey pain scale. Analysen av närståendeenkäten visar ett fortsatt starkt resultat. Över 90 procent svarar att de alltid eller oftast känner sig helt delaktiga i vården från ASIH. Även inom äldreboendena har man börjat använda skattningsverktyget Abbey pain scale med goda resultat.

Granskning av medicinsk journalföring

Den medicinska journalföringen skall verifiera att patienten får en god och säker vård. 170 journaler har granskats av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster genom kollegialgranskning. Med granskningen ville man säkerställa att behandlingen följde vård och rehabiliteringsprocessen. Resultatet visar att 9 av 14 frågeområden fungerar tillfredställande medan 1 fungerar väl och 3 dåligt. Det område som fungerar bäst är att journalen innehåller uppgifter om planerade åtgärder. Områden som fungerar tillfredställande är uppgifter om status, bedömningsinstrument, problemformulering, målen kopplat till problemet, mätbara mål, patientens delaktighet, information till patienten, genomförda planerade åtgärder kopplade till målen samt kvarstående åtgärder/vidare planering. Sämst resultat är avseende uppgifter om anamnes, slutanteckning/epikris och om resultatet utvärderats.

Resultaten varierar mellan enheter och områden. Varje enhet analyserar sina egna resultat och gör en förbättringsplan som blir en del av 2013 års enhetsplan.

Säkerhetskultur

Enkäten avseende säkerhetskultur innehåller 10 frågor som berör det förhållningssätt och de attityder medarbetare har till risker i verksamheten. Resultatet visar på, i likhet med MAS/MAR slutsats, att det finns en kultur att rapportera händelser inom vissa områden. Svagheter ligger inom områden för återkoppling och uppföljning av avvikelser. Utifrån en analys av enkäteresultat ska förbättringsarbete påbörjas på områdes och enhetsnivå. Ett beslut har fattats av områdescheferna att avvikelshantering ska finnas med som en punkt på varje APT.

Inflytande och delaktighet

I resultaten av enkäten "Patientens inflytande och delaktighet" för särskilt boende anger 96 procent betyg 3-4 gällande gott bemötande, 75 procent anger betyg 3-4 gällande information om den vård och behandling man får och 67 procent känner sig delaktiga i sin vård och behandling och 60 procent anger att de kan påverka när sjukvårdens besök ska göras.

För hemsjukvård anger 98 procent att de får ett gott bemötande, 91 procent anger betyg 3-4 att de får tillräcklig information om sin vård och behandling, 88 procent anger att känner sig delaktiga i sin vård och behandling och 83 procent upplever att de kan

påverka när besöken ska utföras.

Enligt resultaten från hemsjukvården upplever patienter att man har större påverkan på sin vårdssituation än hyresgästerna på ett särskilt boende. Sannolikt spelar ett traditionellt arbetssätt på särskilt boende en stor roll där mycket av kommunikationen sker mellan undersköterska och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i stället för med den enskilde direkt. En del har i sin enkät kommenterat att behovet att styra när vården ska ges inte är det viktigaste utan tillgången på vård.

För högre måluppfyllelse om delaktighet och inflytande krävs att man mer noggrant avlyssnar patientens önskemål och att vi ökar antalet vårdplaner som dessutom görs i samråd med patienten inom hemsjukvård. Vårdplaner finns i hög utsträckning inom särskilt boende men även där behöver vi se över hur de kommuniceras med den enskilde.

Patientenkäten som rehabiliteringsenheten lämnade ut med avsikt att mäta huruvida patienten upplever att insatserna har utgått från dess behov visade på hög grad av måluppfyllelse. Förbättringsområden är att utgå från patientens behov och att förtydliga målet för insatsen ytterligare.

Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentar

13 Övergripande mål och strategier för kommande år

Inflytande

Öka patientens och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet

Vi ska i alla kontakter med dem vi är till för, ha ett förhållningssätt som ger den enskilde inflytande och delaktighet. Vi ska också i vår dokumentation kunna visa att vi agerat utifrån ett salutogent perspektivet.

Samverkan

Vårt ansvar är att se till att den enskilde inte behöver hålla reda våra olika ansvarsgränser eller hamna mitt emellan dem. Vi bidrar till att informationsöverföring mellan olika huvudmän eller enheter inom stöd i ordinärt boende eller stöd på särskilt fungerar smidigt. Våra gemensamma resurser ska användas klokt. Vi tar vårt ansvar och arbetar för att den enskilde upplever trygghet och delaktighet i kontakterna med oss.

Palliativa registret

Områdets enheter som bedriver hälso- och sjukvård ska använda palliativa registret som grund för att kvalitetssäkra vården vid livets slut.

Senior Alert

Det övergripande målet med Senior Alert är att kunna förebygga och främja hälsa. Vi ska utveckla förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. Samtliga patienter inom relevanta enheter ska erbjudas riskbedömning genom de evidensbaserade instrument som används i Senior Alert.

Avvikelsehantering

Verksamheter med fungerande avvikelsehantering ser det som en naturlig del i arbetet med ständiga förbättringar. Alla verksamheter inom området ska införa ett Patientsäkerhetsråd för att kontinuerligt förbättra vård och service.

Vårdhygien

För att säkerställa att patienterna inte drabbas av en vårdrelaterad infektion behöver kompetensutvecklingen inom området fortsätta. Ett team med ökad kompetens är i uppstartsfas i stadsdelen, en så kallad "Hygienö". Teamet ska finnas till hands för att stötta upp med råd och stöd då behov uppstår.

Medicinsk journalföring

Fortsatt arbete med att utveckla den medicinska journalföringen, med fokus på de bristområden som journalgranskningen visade. Öka antalet vårdplaner.

Medicinsk ansvarigs (MAS) bedömning och analys

Mötesformer för en ökad patientsäkerhet mellan och inom verksamheterna i stadsdelen behöver utvecklas.

Samverkan med Sahlgrenska sjukhuset behöver utvecklas.

Rutinen för att rapportera avvikelser i hälso- och sjukvård är väl känd och efterlevs i hög grad. Mas anser att analyser av inträffade händelser samt åtgärder med anledning av negativa händelser är ett förbättringsområde. Att avvikelser gällande uteblivet läkemedel inte minskar, tyder på ovanstående.

För att kunna upprätthålla basala hygienprinciper och förhindra infektioner och smittspridning krävs kunskap. Mas anser att det finns behov av fortsatt utbildning i basal hygien för chefer och personal. Behovet av utbildning är störst inom hemtjänst och funktionshinder

Den legitimerade personalens användning av bedömningsinstrument har ökat liksom upprättandet av vårdplaner, men för att säkra vården ytterligare behöver detta göras i högre omfattning

För att kunna erbjuda samtliga patienter i kommunal hälso- och sjukvård en läkemedelsgenomgång enligt den nya föreskriften (SOSFS 2012:9) behöver rutiner utvecklas i samverkan med primärvården.

I samband med att ordinationssystemet pascal infördes ändrades samtidigt rutinerna för dosdispensering, vilket har lett till att färre patienter har dosdispenserade läkemedel. Detta innebär att sjuksköterskorna får lägga mer tid på att dela läkemedel i dosetter samt se till att läkemedel hämtas ut på lokalt apotek. I många fall leder detta till en ökad arbetsbörda för sjuksköterskorna

Måns bedömer att patientsäkerhetsarbetet utvecklats och stärkts under 2012



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Stadsdelsnämnden

- Formulera övergripande strategier och uppföljningsbara mål för patientsäkerhetsarbetet
- Skapa förutsättningar, både ekonomiska och personella, för ett fungerande patientsäkerhetsarbete
- Fortlöpande hålla sig informerade om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet.

Områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten

- Är verksamhetschef för hälso- och sjukvård
- Dokumentera hur patientsäkerhetsansvaret är fördelat
- Organisera patientsäkerhetsarbetet i sin verksamhet
- Samverka med medicinskt ansvariga
- Ansvar för att chefer informeras om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer
- Huvudansvarig för att handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet i samband med framtagandet av budget
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med övriga ansvariga
- Ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- Rapportera allvarliga händelser och vårdskador till medicinskt ansvariga
- Rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till stadsdelsdirektören

Medicinskt Ansvariga

- Utarbeta riktlinjer enligt lagstiftning och kontrollera att verksamheterna arbetar systematiskt med patientsäkerhet
- Informera chefer om utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet samt om lagar och riktlinjer
- Samverka med områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten i patientsäkerhetsarbetet
- Granska verksamheterna utifrån lagstadgat uppdrag och på uppdrag av områdeschef för hälso- och sjukvård
- Ta emot, utreda och anmäla allvarliga risker, händelser och vårdskador till stadsdelsnämnden och Socialstyrelsen
- Ansvarig för att handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet i samband med framtagandet av budget

Sektorscheferna inom Äo-Hs och Ifo-Fh

- Informera områdeschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvariga vid planering av förändringar som kan ha betydelse för patientsäkerheten
- Ansvarig för att handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet i samband med framtagandet av budget
- Biträda områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- Säkerställa att investeringar för patientsäkerhetsarbetet är tillgodosedda i budget



Göteborgs Stad

Askim-Frölunda-Högsbo

Områdeschefer inom Äo-Hs och Ifo-Fh

- Organisera patientsäkerhetsarbetet inom sina verksamheter
- Åtgärda brister i patientsäkerheten i samverkan med områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten.
- Göra riskbedömningar inför förändringar som har betydelse för patientsäkerheten
- Ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- Biträda områdeschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- Följa upp handlingsplaner för patientsäkerhet

Enhetschef

- Organisera patientsäkerhetsarbetet inom sitt ansvarsområde
- Biträda områdeschef för hälso- och sjukvården vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- Delta vid planering av förändringar som har betydelse för patientsäkerheten.
- Ge patienterna och deras närstående möjlighet att lämna synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet
- Bistå med dokumentation till patientsäkerhetsberättelsen
- Tillhandahålla utrustning för basala hygienrutiner, ansvara för att de används och genomföra hygienronder
- Göra riskbedömningar
- Utredda och åtgärda avvikelser och rapportera till områdeschef och medicinskt ansvariga
- Ansvar för att medarbetarna får information och instruktion, speciellt nyanställda, om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer mm för att förebygga vårdskador. Momentet ska ingå i introduktionen till all personal
- Arbeta med patientsäkerhetsfrågor tillsammans med medarbetarna

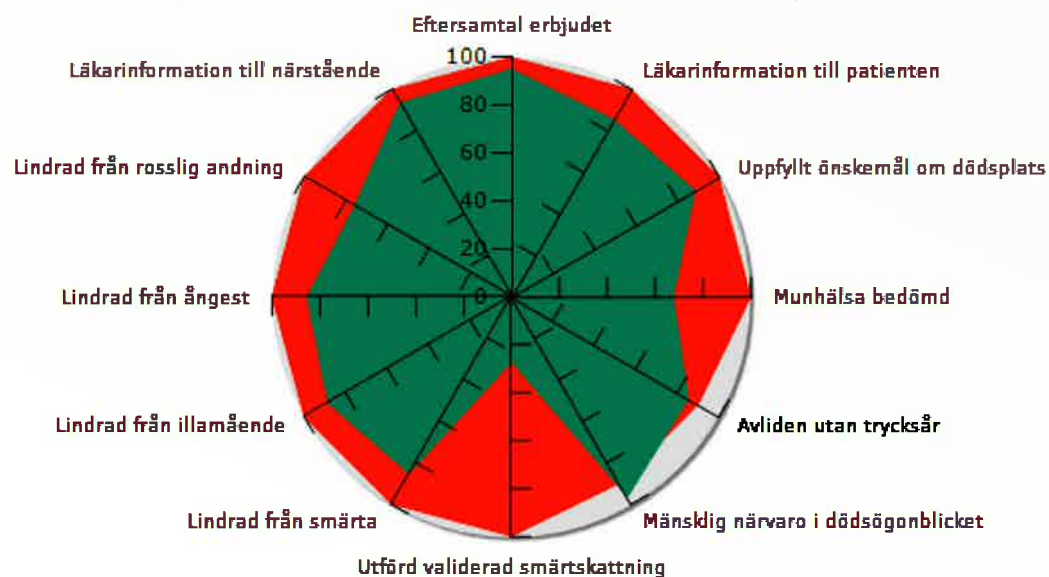
Hälso- och sjukvårdspersonal

- Utföra vård och behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Följa givna föreskrifter samt använda de arbetsmetoder, de verktyg och den utrustning som behövs för att förebygga vårdskador
- Uppdatera sig och ge information till patienter, personal och närstående i patientsäkerhetsfrågor
- Göra riskbedömningar
- Rapportera till ansvarig chef om han/hon finner att det finns en risk för patienternas säkerhet

ASIH Väster

Resultat Svenska palliativregistret 2012

Resultat palliativ vård i livets slut
under perioden 2012:1 - 2012:4 för Göteborg ASIH Väster



■ Målvärde ■ Resultat

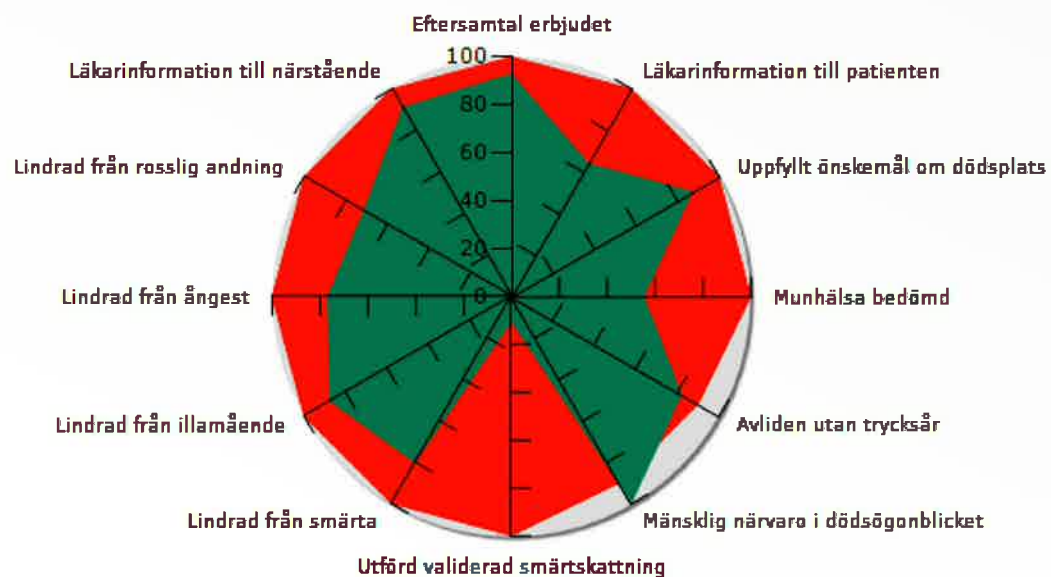
Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2013-02-26

ASIH Väster

Resultat Svenska palliativregistret 2011

Resultat palliativ vård i livets slut
under perioden 2011:1 - 2011:4 för Göteborg ASIH Väster

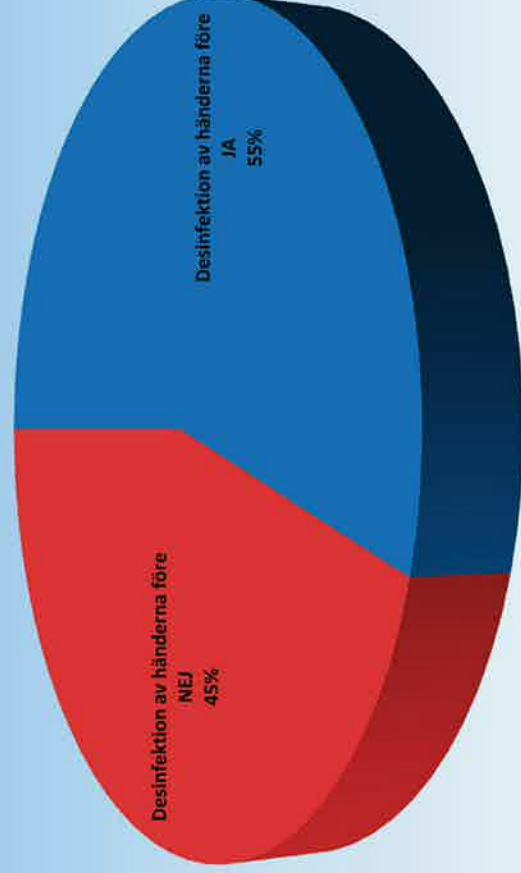


■ Målvärde ■ Resultat

Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2013-02-26

Desinfektion av händerna före moment



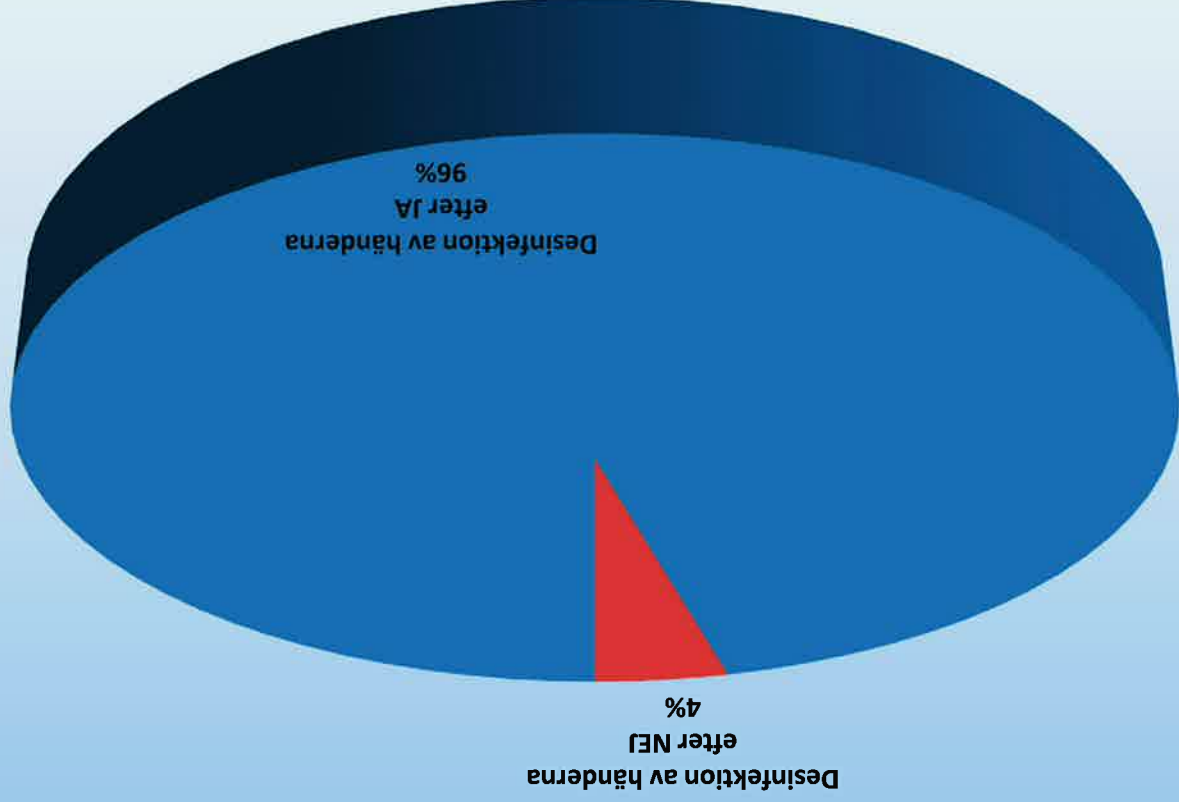
Mätningen är baserad
på 204 observationer



Göteborgs Stad
Askim-Frölunda-Högsbo

12 december 2012

Desinfektion av händerna efter moment



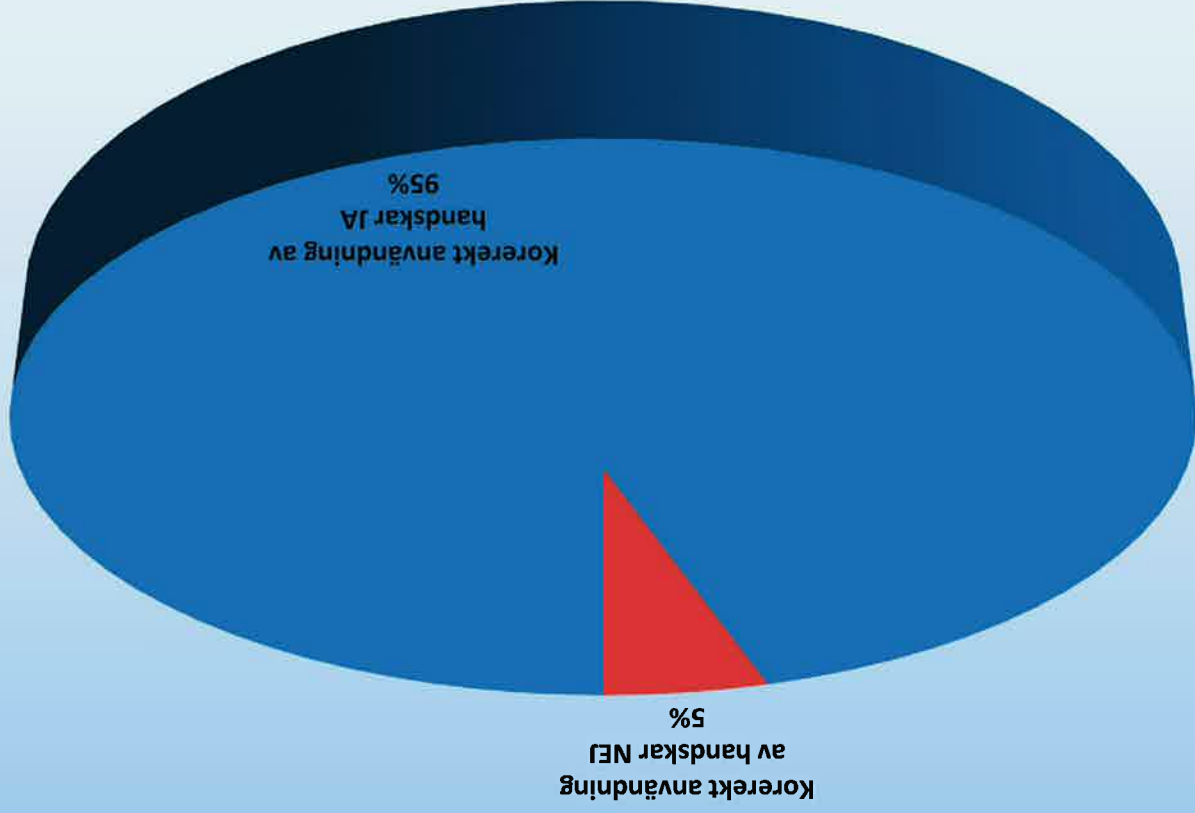
Mätningen är baserad
på 204 observationer



Göteborgs Stad
Askim-Frölunda-Högsbo

12 december 2012

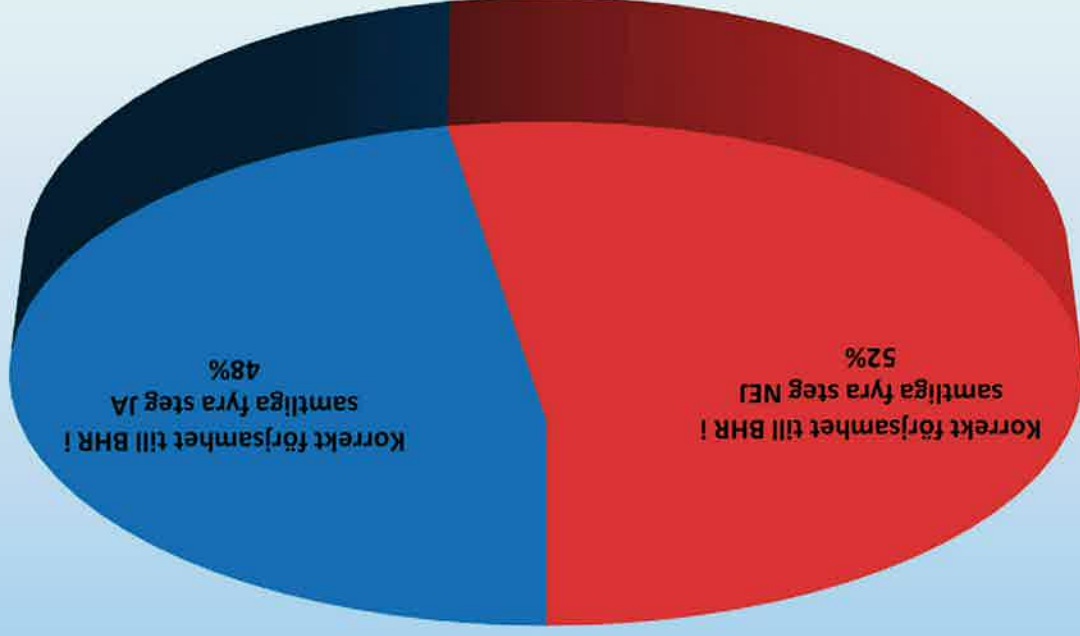
Korrekt användning av handskar



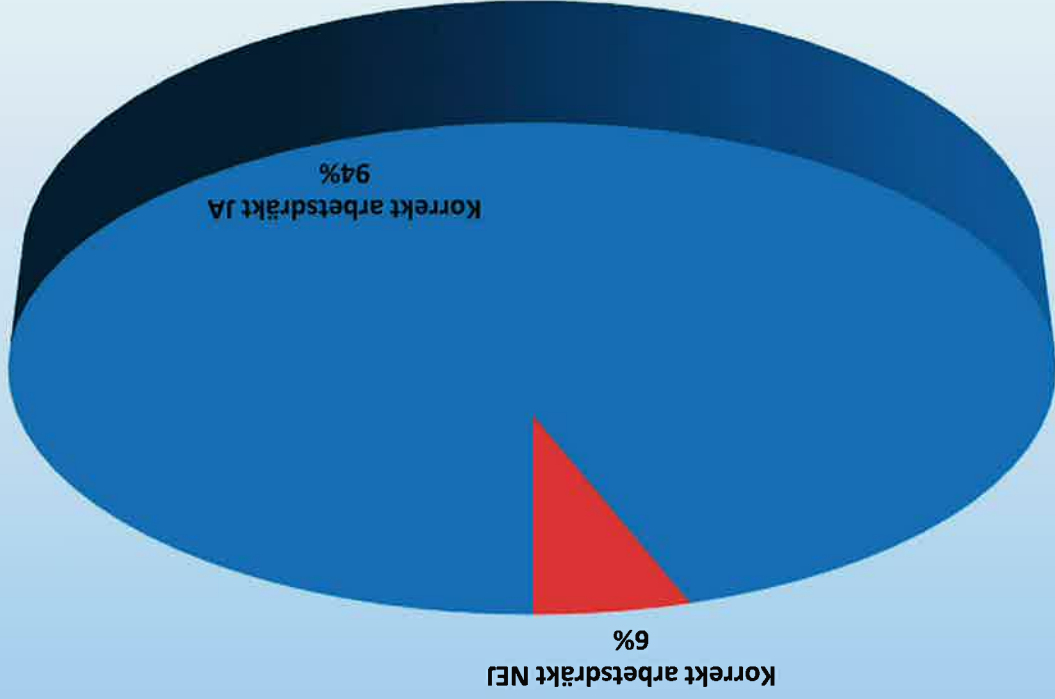
Korrekt användning av plastförkläde



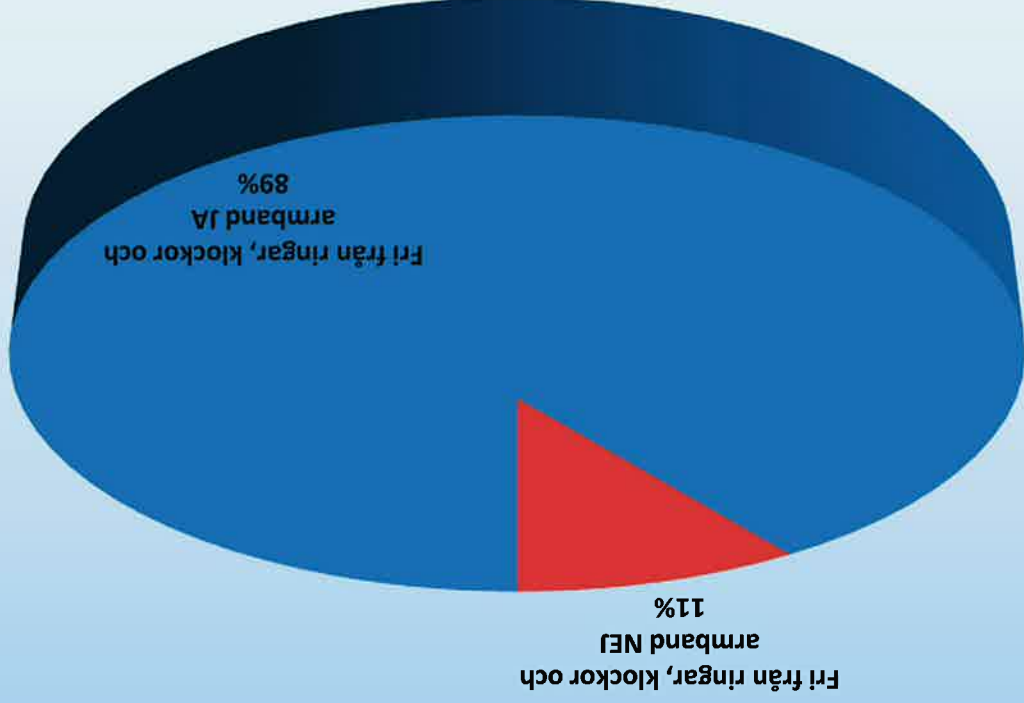
Följsamhet till basala hygienrutiner i samtliga fyra steg



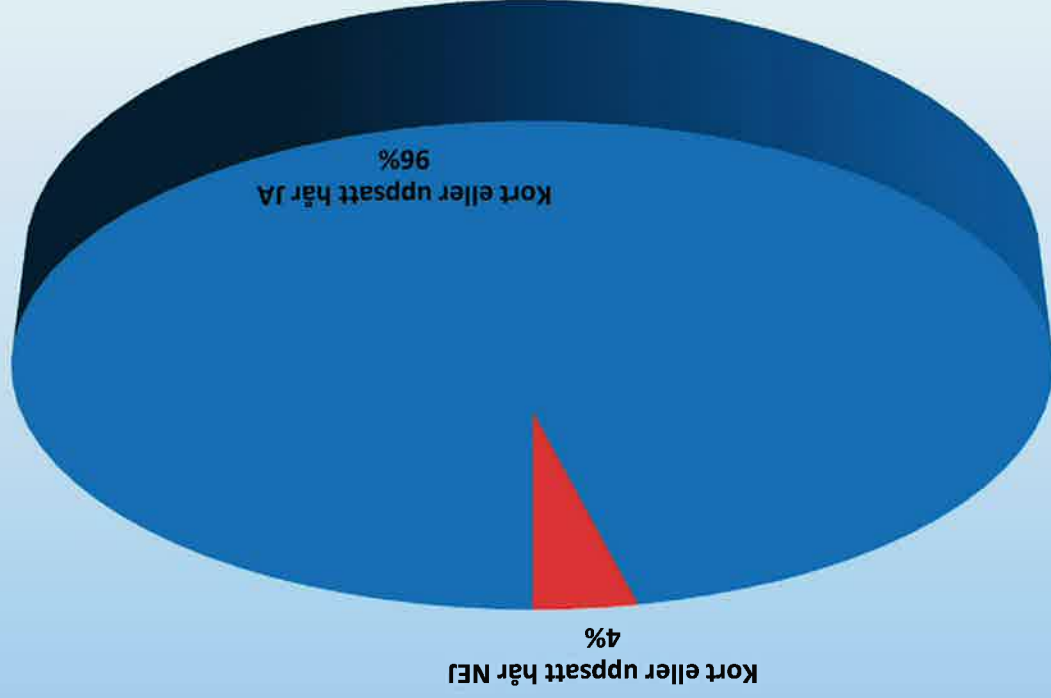
Korrekt arbetsdräkt



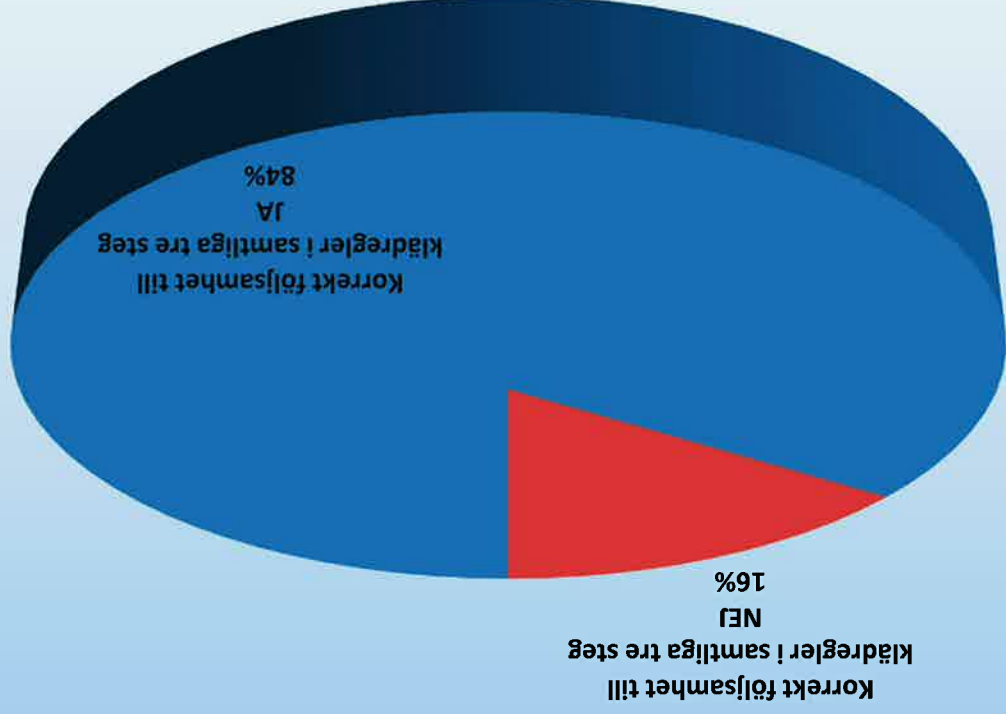
Fri från ringar, klockor och armband



Kort eller uppsatt här



Följsamhet till klädregler i samtliga tre steg



Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler i samtliga sju steg

