

2017-02-08

Tjänsteskrivelse

Kontor

Social- och
omsorgskontoret

Handläggare

Lena Pinner
08-5230 2272

Omsorgsnämnden

Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr: 17/006

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande: *"att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.* I föreskriften om ledningssystem framgår också (7 kap. 1 §) att: *"Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras."*

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) följer tillsammans med verksamhetschef upp hälso- och sjukvården inom de olika boendena genom att regelbundet analysera och följa upp inkomna avvikelser. Resultatet av uppföljningen visar att det bedrivs en god patientsäkerhet i verksamheten och att det har blivit bättre sen kommunen tog över ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå. Helhetsperspektivet, kontinuiteten och tillgänglighet har blivit bättre i verksamheterna då sjuksköterska finns att nå dygnet runt, något som verksamheterna saknade tidigare när primärvården hade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Det finns dock förbättringsområden att arbeta vidare med. Verksamheteten måste öka kompetensen för att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som en del i utveckling- och förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet

I Kvalitetsrapport redogörs för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämnders verksamheter. Rapporten innehåller uppgifter om Lex Sarah-rapporter, inkomna avvikelser, resultat av individ- och verksamhetstillsyner, genomförd kompetensutveckling, egenkontroller samt en beskrivning av övrigt förbättringsarbete. Uppföljningen av kvalitetsarbetet visar att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Förbättringsarbetet har resulterat i exempelvis nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där det finns brister och verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017 som t.ex. avvikelshantering, riskanalysarbete och samverkan.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden godkänner kontorets förslag till Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-08

Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08

Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-06

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner kontorets förslag till Kvalitetsrapport 2016
2. Nämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2016.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Lena Pinner
Kvalitetsutvecklare

Beslutet expedieras till:

Kommunstyrelsen

Kommunala handikappsrådet

Akten



Rapport |

Kvalitetsrapport

Omsorg om personer med funktionsnedsättning

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	3
3. Riskanalys	3
4. Egenkontroll.....	4
5. Avvikelser	5
6. Missförhållanden enligt lex Sarah.....	7
7. Tillsyn	9
8. Kompetensutveckling	10
9. Kommande utvecklingsarbete.....	10

1. Sammanfattning

Under 2016 har såväl myndighet som kommunala och enskilda verksamheter arbetat med kvalitetshöjande aktiviteter av många olika slag. En särskild satsning på kompetensutveckling har kunnat genomföras med hjälp av särskilt statsbidrag för kunskapsutveckling för baspersonal i äldre- och funktionshindersomsorgen.

Verksamheterna behöver öka förståelsen för och kompetensen kring att rapportera och analysera avvikelser då det fortfarande är ett område som behöver förbättras. Att arbeta förebyggande med riskanalyser och åtgärda avvikelser är grunden för att säkra kvaliteten i verksamheten för brukarna, vilket också minskar risken för att missförhållanden uppstår.

2. Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att göra riskanalyser, åtgärda avvikelser och ta hand om synpunkter och klagomål för att förbättra verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. En sammanhållen kvalitetsberättelse ska upprättas varje år med dokumentationen som utgångspunkt. Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsarbetet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning (VFF), myndigheten för personer med funktionsnedsättning (MÄF). Även de enskilda verksamheterna som kommunen har ramavtal med (14 verksamheter som bedriver bostad med särskild service enligt LSS, samt 11 verksamheter som bedriver daglig verksamhet enligt LSS) har skickat in kvalitetsrapporter till kontoret. En (1) enskild verksamhet som bedriver boende och daglig verksamhet har trots påminnelse inte lämnat någon kvalitetsrapport.

3. Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förutse och förebygga skador och andra negativa händelser som kan drabba brukare. Riskanalys handlar om att kartlägga risker som finns i verksamheten, eller som kan tänkas uppstå vid t.ex. förändringar i verksamheten. Riskanalys kan göras på grupp- eller organisationsnivå men även på individnivå. Stödet och omsorgen i insatserna som ges ska vara av god kvalitet och ge brukaren förutsättningar för att leva ett liv på sina egna villkor. Riskanalyser handlar om flera olika saker, t.ex.

- Regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och andra jämförelser.
- Uppmärksamma och komma tillrätta med problem kring omsorgsinsatser
- Att förebygga skador.
- Arbeta för att verksamheten ska bli mer brukarcentrerad.

Under 2016 har riskanalyser på grupp- och organisationsnivå genomförts inom kommunens verksamheter. Även riskanalys på individnivå har gjorts för att tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor.

Riskanalyser har bl.a. lett till förbättrade rutiner, bemötande, säkerhet, rekrytering, kompetens, arbetsmetoder samt dokumentation. Man har även gått igenom synpunktshanteringssystemet. Ett exempel är en enhet som startade 2016 där man gjort riskanalyser dagligen för att säkerställa brukares välmående. Framtagna åtgärder innefattar bland annat hur mycket personal som ska vara närvarande i olika situationer.

Inom myndigheten MÄF har riskanalys på organisationsnivå gjorts som lett till en organisation med LSS-kontaktsekreterare och barnhandläggare. Detta har medfört bättre samarbete och en mer sammanhållen LSS-enhet.

De enskilda verksamheterna som bedriver bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS rapporterar att de gjort riskanalyser på flertalet enheter. De redovisar även en rad åtgärder som vidtagits utifrån riskanalyserna, både på organisationsnivå och individnivå, exempelvis ändrad bemanning, omorganisation, ändrade rutiner samt riktad kompetensutveckling.

4. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS ska utöva egenkontroll. Syfte med egenkontrollen är att säkerställa att verksamheten som bedrivs är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt. Det kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat dels med andra verksamheter men också med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Inhämtande av synpunkter från intressenter eller ex. revisorer
- Analys av inkomna avvikelser på chefsnivå och verksamhetsnivå

VFF bedriver egenkontroll genom att årligen granska ca 15 % av journalerna. Granskningen görs utifrån områden såsom brukardelaktighet, metodanvändande etc. VFF har tagit fram ett antal mätetal utifrån kvalitet som följs upp månatligen och när avvikelser från målsatta värden upptäcks genomförs åtgärder. Avvikelser följs upp på respektive enhet men aggregeras också upp till övergripande nivå för att se om avvikelserna avser vissa områden. I dessa fall kan övergripande insatser göras, exempelvis informations- och utbildningsinsatser.

En nationell brukarundersökning som utarbetats av SKL har genomförts i Södertälje kommun under hösten 2016. Undersökningen riktar sig vuxna med funktionsnedsättning inom boende och daglig verksamhet enligt LSS. Enkäten kan besvaras muntligt, skriftligt eller med pictogrambilder och innehåller 8 frågor som t.ex. Får du den hjälp du vill ha? Får du bestämma om saker som är viktiga för dig? Pratar personalen så att du förstår vad de menar?

I Södertälje kommuns gruppboenden, serviceboenden och dagliga verksamheter har totalt 256 brukare (55 % av brukarna) besvarat enkäten. Resultatet har sammanställts och tagits upp på ledningsnivå och ska även återkopplas till de brukarforum som finns i boenden och dagliga verksamheter inom VFF. Resultat från deltagande kommuner i Sverige finns att hämta i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. Då 2016 var första året för denna undersökning är resultatet något osäkert och alla kommuner har inte deltagit. Brukarundersökningen kommer att genomföras igen 2017 och då planeras även enskilda verksamheter kunna delta.

Inom myndigheten MÄF har egenkontroll i form av kollegiegranskning av dokumentation genomförts vid två tillfällen under 2016. Alla handläggare har granskat dokumentation i ett antal akter i andra handläggares ärenden utifrån ett antal kontrollpunkter. Totalt har 56 akter för vuxna och 25 akter för barn granskats. De brister som uppdragats har återkopplats till respektive handläggare för att åtgärdas. Detta arbetssätt har varit lärorikt för handläggarna och ska fortsätta under 2017.

Myndigheten har även utarbetat en enkel bemötandeenkät där brukaren i samband vid besök hos handläggare fått en enkät med frågor om hur de upplever bemötande, förtroende, information och kontakt med sin handläggare. Enkäten har delats ut vid två tillfällen under 2016. Antalet inkomna svar är endast 15 st där flertalet svar är positiva (87 – 100 % har svarat ”bra” på de olika frågorna). Fler brukarsvar behövs för att kunna dra slutsatser av resultatet. Myndigheten kommer att använda bemötandeenkäten även under 2017.

Vad gäller egenkontroll i enskild verksamhet har frågan inte ställts till dem vid detta tillfälle. Egenkontrollen har tidigare följts upp och kommer att tas upp under 2017 i samband med den uppföljning som sker enligt nämndens plan för uppföljning av boende och daglig verksamhet.

5. Avvikelser

I alla verksamheter inträffar avvikelser, d.v.s. händelser som avviker från det som fastställt i processer och rutiner och som innebär att verksamheten i något avseende brister när det gäller kraven på kvalitet. All personal som handlägger ärenden inom myndigheten eller som utför insatser enligt LSS eller SoL ska registrera avvikelser löpande när det händer. Personal och chefer ska också ta emot och åtgärda klagomål och synpunkter från t.ex. brukare och anhöriga, som en del i det systematiska förbättringsarbetet. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder så att det inte upprepas. Fokusera på vad som saknas eller inte fungerar samt vilka förbättringar som behövs i verksamheten.

När en avvikelse rapporteras är det i första hand chefen för verksamheten som är skyldig att vidta åtgärder, t ex se över processer och rutiner så att dessa är aktuella och ändamålsenliga och att de följs av personalen.

Under 2016 har totalt 219 avvikelser registrerats inom VFF, varav den största delen (184 st) handlar om utförandet av insatser samt brister i bemötande. Övriga avvikelser handlar om brister i fysisk miljö, samverkan och rättssäkerhet. Utifrån avvikelserna har man inom VFF sett över många av sina rutiner. Det har handlat om att förbättra arbetssätt och kommunikation, att utveckla metoder för självständighet och att utveckla ett pedagogiskt arbetsätt.Handledning har

satts in och man har förbättrat den fysiska arbetsmiljön. VFF har också förbättrat introduktionen för personal, upprättat handlingsplaner och personal har fått anpassad utbildning utifrån behov. Under 2016 har man kontinuerligt haft kompetenshöjande insatser kring förhållningssätt och bemötande.

Myndigheten MÄF har registrerat totalt 14 avvikelser under 2016. Dessa handlar om rättsäkerhet (7), bemötande, samverkan och utförande av insatser. Inom myndigheten har det lett till åtgärder som kompetensutveckling, handledning, utbildning, utveckling av leantavlor och handläggarna har jobbat med bemötandespel. Antalet avvikelser inom myndigheten är sannolikt betydligt högre än de rapporterade vilket tyder på att man inte registrerar avvikelser på ett systematiskt sätt. Även om man åtgärdar avvikelser löpande (utan att registrera skriftligt) är risken att ledningen inte får överblick och saknar underlag för analys av vilka åtgärder som behöver sättas in.

Verktyg i form av blanketter för rapportering av avvikelser och mallar för statistik har tagits fram för att underlätta systematik och överblick. Förbättringsarbete pågår om avvikelserapporteringen både inom myndigheten och VFF men detta är fortfarande ett utvecklingsområde. Fortsatt arbete med implementering kommer att ske under 2017.

Enskilda verksamheter: 11 av 14 enskilda verksamheter med boende enligt LSS har rapporterat avvikelser i olika grad, samt åtgärder utifrån dessa. När det gäller daglig verksamhet har 10 av 11 verksamheterna rapporterat avvikelser och åtgärder. En verksamhet som rapporterar 0 avvikelser är snarare ett tecken på bristande rutiner och systematik i förbättringsarbetet. Med undantag för några få enskilda verksamheter ser vi (liksom i kommunal verksamhet) en underrapportering av avvikelser som är grunden i kvalitetsarbetet (se basen i triangeln).



6. Missförhållanden enligt lex Sarah

Att rapportera missförhållanden och utreda händelser som har lett till negativa konsekvenser för enskilda brukares liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa tillhör den övre delen i triangeln om det systematiska kvalitetsarbetet. Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföras, och som *inneburit hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa* (SOSFS 2011:5). Det kan exempelvis vara fysiska, psykiska och sexuella övergrepp, ekonomiska övergrepp (t.ex. stölder), brister i bemötande, rättsäkerhet vid handläggning eller brister i utförandet av insatser.

Alla som arbetar i verksamheten, både inom myndighet och utförarverksamhet, har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Alla händelser som rapporteras enligt lex Sarah ska utredas. Utredningen ska dokumenteras och syftar till att klarlägga vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen. Fokus ska ligga på att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker till missförhållandet, inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen. Chefen för verksamheten ansvarar för att lämpliga åtgärder vidtas och följer upp att åtgärderna har lett till önskad effekt.

Enligt föreskriften om lex Sarah ska den som bedriver verksamheten informera sin personal om skyldigheten att rapportera missförhållanden i samband med att anställningen påbörjas samt därefter återkommande minst 1 gång/år. Inom VFF och MÄF har man under 2016 genomfört utbildning/information till alla anställda. I enskild verksamhet har flertalet (21 av totalt 25 verksamheter) genomfört utbildning/information om lex Sarah under 2016 .

Rapporter som gäller händelser inom de kommunala verksamheterna utreds av kvalitetsutvecklare i Sk/staben som efter utredning bedömer om det är ett missförhållande enligt lex Sarah eller om det handlar om en annan typ av avvikelse. Missförhållanden som har medfört allvarlig skada eller risk för allvarlig skada för brukaren ska anmälas till IVO.

Under 2016 har 29 rapporter om missförhållanden utretts som gäller Omsorgsnämnden, varav 28 rapporter kom från VFF och 1 från MÄF. Av dessa bedömdes 9 som missförhållanden enligt lex Sarah. Ingen händelse har bedömts som allvarligt missförhållande. Övriga 20 rapporterade händelser bedömdes efter utredning som avvikelser i verksamheten.

Missförhållanden enligt lex Sarah i kommunal verksamhet, se nedan:

Brister i utförandet	Fysiskt övergrepp	Brister i bemötande	Rättssäkerhet
4 händelser (t.ex. saknas bemanning, bristande tillsyn som lett till skada för brukare)	3 händelser (t.ex. våld mellan brukare, inlåsnings i boendet)	1 händelse (boende)	1 sekretessbrott (handlingar skickade till fel utförare)

Generella åtgärder inom VFF vid konstaterade missförhållanden är att riskbedömningar görs, rutiner ses över och handlingsplaner upprättas. Förbättringsåtgärderna har dels riktats mot arbetsmetoder och rutiner. En förändrad arbetsmetod och nya rutiner kring brukare har införts och värdegrund samt krav och förväntningar på personal har kommunicerats ut. Åtgärder för att undvika ekonomiska missförhållanden har varit bland annat att rutiner för kvittokontroll skärpts och rutiner för redovisning av brukares privata medel har gått igenom. Vidare har personalåtgärder som varning och avslut av personal vidtagits.

I yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet är det verksamheten själv som utreder missförhållanden samt ansvarar för åtgärder och att anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. Under 2016 har 4 enskilda boendeverksamheter samt 4 enskilda dagliga verksamheter redovisat att de har utrett rapporter om missförhållanden. Rapporterna har gällt brister i fysisk miljö, våld och säkerhet, bemötande, samt bristande tillsyn. En av dessa händelser har föranlett anmälan till IVO. När en enskild verksamhet har gjort en lex Sarah-anmälan till IVO ska även berörd nämnd (den som har beslutat om insatser för den enskilde) informeras om vad missförhållandet bestod i, samt vilka åtgärder som vidtagits.

7. Tillsyn

Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO) bedriver tillsyn ur ett brukar- och patientperspektiv och inriktar sig på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor. Tillsynen ska vara riskbaserad och granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet.

Ett beslut från IVO har inkommit 2016 som avser uppföljning av tidigare tillsyn av myndigheten MÄF från 2014. IVO ansåg då att myndighetsutövningen inte var rättssäker och lämnade kritik på en rad punkter. Myndigheten har utifrån kritiken arbetat med olika förbättringsåtgärder som LSS utbildning för handläggare, juridisk handledning samt upprättande och uppdatering av rutiner och checklistor för enhetlig handläggning. Myndigheten har också skapat s.k. styrtavlor gällande utredningsprocess och verkställda insatser i syfte att säkerhetsställa att utredning och uppföljning sker inom viss tidsram och att beslut verkställs i tid. IVO avslutar tillsynsärendet med bedömningen att myndigheten har vidtagit åtgärder som sammantaget ger förutsättningar för att myndighetsutövningen blir rättsäker för den enskilde.

Under 2016 har beslut inkommit från JO gällande tre individärenden. Två av dessa lämnar JO utan åtgärd. I ett ärende riktar JO kritik mot nämnden för bristfällig handläggning gällande ansökan om insatser enligt LSS då nämnden saknade rättslig grund för sitt beslut att lägga ner utredningen. I stället för att fatta ett avslagsbeslut hade nämnden beslutat att lägga ner utredningen då det saknades underlag som styrkte att den sökande tillhörde personkretsen enligt LSS. Myndigheten hade också brustit i sin service- och utredningsskyldighet och kommunikeringen i ärendet hade inte skötts ordentligt. De åtgärder som har genomförts utifrån kritiken från JO är att handläggarna fått utbildning i juridik och handledning av jurist.

De enskilda verksamheterna har inte rapporterat att de haft någon tillsyn från IVO. Flera verksamheter rapporterar tillsyn från Arbetsmiljöverket och Miljökontoret i Södertälje kommun. Flera verksamheter har redovisat att de haft uppföljning av LSS-insatser från Södertälje kommun.

8. Kompetensutveckling

Regeringens kunskapsatsning för baspersonal inom omsorgen för äldre och funktionshindrade innebar att Södertälje kommun erhöll statsbidrag med drygt 1,2 mkr för kompetensutveckling under 2016. Kontorets ledningsgrupp beslutade att medlen skulle riktas till baspersonal inom funktionshinderområdet. Kommunens personal samt personal från de enskilda verksamheterna har blivit inbjudna till föreläsningar och gymnasiekurser. Under hösten har storföreläsningar i olika ämnen hållits, exempelvis lågaffektivt bemötande vid problemskapande beteende och föreläsning om diagnos autismspektrum. 70 personer (varav c:a 20 från enskilda verksamheter) har gått gymnasiekurser inom Vård och omsorgsprogrammet samt Barn-och fritidsprogrammet. Totalt har c:a 500 personer (varav c:a 130 anställda i enskilda verksamheter) tagit del av kompetenssatsningen för baspersonal.

Förutom kurser som bekostats av kompetenssatsningen har personal från VFF deltagit i utbildning från Carpes kursprogram, bland annat i metoder för delaktighet och inflytande och dokumentation, samt deltagit i handledning av olika slag.

VFF har sedan 2015 börjat anställa en ny yrkeskategori, stödpedagog. I dagsläget finns det fyra stödpedagoger anställda. Stödpedagogen har avsatt tid för att arbeta med kvalitet och utveckling av metoder och arbetssätt. De fungerar som stöd i metodarbetet och för ut kunskaper till personalgrupper och arbetar för ett pedagogiskt arbetssätt. De ska också ge stöd i arbetet med social dokumentation.

Inom myndigheten MÄF är målet att alla handläggare ska ha genomgått den nationella utbildningen för LSS handläggare 7,5 hp som är framtagen av Socialstyrelsen. De handläggare som har beteendevetare utbildning i grunden ska ha utbildning socialträtt 7,5 hp för handläggare. Myndigheten har även genomfört annan kompetensutveckling som t.ex. juridisk utbildning i personlig assistans av kommunens jurist. Handläggarna har också återkommande arbetat med bemötandespel, samt har ärendehandledning av en extern handledare.

Samtliga enskilda verksamheter har redovisat genomförd kompetensutveckling utifrån sina specifika behov. Varje verksamhet har redovisat till kontoret vilken kompetensutveckling som har genomförts under året.

9. Kommande utvecklingsarbete

Inom VFF kommer det under 2017 att påbörjas ett arbete med ett titelutbyte i verksamheten. Den personal som arbetar närmast brukaren kommer då att kallas stödassistent eller stödpedagog, och man kommer att ta fram en övergripande kompetensutvecklingsplan. Då nästan all dokumentation idag sker med papper och penna kommer verksamheten att planera införandet av digital dokumentation samt tids- och insatsregistrering. VFF vill lyfta betydelsen av samordnad individuell plan (SIP) och utbildningsinsatser för att utveckla kunskapen kommer att ske under 2017.

Arbetet med att införa metoder för delaktighet, inflytande och självständighet kommer att fortsätta och där ingår också att öka kunskaperna om en evidensbaserad praktik (EBP). I arbetet med att göra brukare mer självständiga ingår välfärdsteknik som en naturlig del.

VFF har fått ett utökat ansvar för utförandet av insatser till personer med diagnos inom autismspektrat. Utförandet kommer främst att kopplas till insatsen boendestöd som då behöver kompetensutveckling och en utveckling av uppdraget. Ibland saknas kunskaper hos personal kring vilka konsekvenser utvecklingsstörning kan medföra i vardagslivet därav planeras en internutbildning kring ”att leva med utvecklingsstörning”.

Myndigheten kommer att fortsätta att använda kollegiegranskning av akter för att granska dokumentationen kring t.ex. utredningar, beslut och uppföljningar. Bemötandeenkäten kommer att användas två tillfällen per år för att följa upp hur brukare upplever kontakten med sin handläggare.

Under hösten 2017 och våren 2018 kommer boenden och daglig verksamhet i enskild regi att följas upp enligt nämndens plan. Ett av fokusområdena kommer att vara verksamheternas arbete med avvikelser.



Rapport | 2017-02-06

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare omsorgsnämnden År 2016

Carina Bark
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SK
Telefon (direkt): 08-523 07135
E-post: carina.karlsson@sodertalje.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
1. Inledning	4
2. Hälso- och sjukvård	5
3. Uppföljning	6
3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.1.1 Vårdavvikelser.....	6
3.1.2 Klagomål och synpunkter.....	6
3.2 Organisation och samverkan	7
3.2.1 Hur samverkan fungerar för att förebygga vårdskador	7
3.2.2 Hur samverkan har fungerat mellan patient och närstående	7
3.2.3 Hur samverkan och informationsöverföring har fungerat mellan olika yrkesgrupper	8
3.3 Basal hygien	8
3.4 Bashabilitering/rehabilitering	8
3.5 Delegering	8
3.6 Dokumentation av hälso- och sjukvårdsjournal	8
3.7 Egenvård.....	9
3.8 Hjälpmedel/medicintekniska produkter.....	9
3.9 Läkemedelshantering.....	9
3.10 Kompetens och utbildning.....	10
3.11 Mun- och tandhälsa	10
3.12 Nutrition	10
3.13 Risk och Vårdavvikelsehantering.....	10
3.14 Skydd och begränsningsåtgärder	11
3.15 Urinblåsa- och tarmfunktion	11
3.16 Utmanande beteende	12
3.17 Vård i livet slut	12
4. Redovisning av indikatorer	13
5. Patientsäkerhetsplan för 2017	14
Bilaga 1 Organisatorisk roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet	15
Stödfunktioner.....	16
Samverkan för att förebygga vårdskador	16

Sammanfattning

Resultatet av uppföljningen/utvärdering och analys av olika data visar att det bedrivs en god patientsäkerhet i verksamheten och att det har blivit bättre sen kommunen tog över ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå.

Helhetsperspektivet, kontinuiteten och tillgänglighet har blivit bättre i verksamheterna då sjuksköterska finns att nå dygnet runt, något som verksamheterna saknade tidigare när primärvården hade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Erfarenheter från uppföljningen/utvärdering visar att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 är känd i alla verksamheter och verksamheterna har skriftliga rutiner och arbetssätt för olika patientprocesser. Verksamheten behöver fortlöpande följa upp sina rutiner och arbetssätt systematiskt för att upptäcka förbättringar.

Verksamheterna måste öka kompetensen för att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som en del i utveckling- och förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet.

1. Inledning

Omsorgsnämnden ansvar för verksamheten för personer med funktionsnedsättning enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453),(SoL). Nämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunen tog över hälso- och sjukvårdsansvaret inom LSS den 1 oktober 2016.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsarbetet innebär att systematiskt arbeta för att minimera risken för att negativa händelser uppstår. Negativa händelser som kan medföra lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada och sjukdom. Om en negativ händelse ändå inträffar ska händelsen analyseras, leda till förbättringar och ökad säkerhet. Varje enhets förbättringsarbete ska leda till att minska brister samt att regelbundet följa upp resultaten.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå:

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

Kvalitén i verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, förordningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna. Vården och omsorgen ska bedrivas med patienten/brukaren i fokus, i rätt tid, vara effektiv, jämlik och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Denna rapport beskriver ansvar och roller, hur verksamheten har arbeta med kvalité och patientsäkerhet, samt vilka områden som behöver följas upp under 2017 för att en god patientsäkerhet ska uppnås.

2. Hälsa-och sjukvård

Kommunen tog den 1 oktober 2015 över ansvaret från landstinget hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende LSS 9§9, LSS 9§8 och daglig verksamhet LSS 9§10. Kommunens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) utformade då riktlinjer för hälso-och sjukvård. Syftet var att tydliggöra de kvalitetskrav som gäller för hälso-och sjukvårdsinsatser för denna målgrupp, kvalitetskraven gäller även för de verksamheter som bedrivs privat och har avtal med kommunen.

Kommunens ansvarar för hälso-och sjukvård, dygnet runt, upp till sjuksköterskenivå. I ansvaret ingår även rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive daglig verksamhet. Det övergripande målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker med kontakten med verksamheten, likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker hälso-och sjukvård kan ges.

De kommunala utförarna och merparten av de privata utförarna har egna organisationer med legitimerad personal¹ som ansvarar för hälso-och sjukvårdsinsatser.

Roll och ansvarsfördelning av hälso-och sjukvården hos de privata utförarna regleras i ett tilläggsavtal med kommunen.

Bild 1. Aktuell fördelning av brukare kommunala utförare och privata utförare 2016-12-31.

	Brukare boende med särskild service	Brukare i daglig verksamhet
Kommunala utförare med egen organisation med legitimerad personal	150	311
Privata utförare totalt	237	220
Privata utförare där kommunens organisation med legitimerad personal ansvarar för hälso-och sjukvårdsinsatserna.	59 (av de 237)	0

Privata utförare med egen legitimerad personal är egna vårdgivare för sina verksamheter och ska upprätta egna patientsäkerhetsberättelser som enligt avtal ska redovisas till myndigheten/beställaren. Kommunens MAS kvalitetsgranskar patientsäkerhetsberättelserna från de privata utförarna.

¹ Sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut

3. Uppföljning

Verksamhetens arbete har följts upp utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten inom särskilda boendeformer LSS.

Sammantaget har ett antal uppföljningar genomförts under 2016.

- MAS har följt upp hur hälso-och sjukvården fungerat efter att kommunen övertog ansvaret från landstinget den 1 oktober 2015.
- Verksamhetschefen har fått svara på strukturerade frågor om hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamheten.
- En extern granskning av läkemedelshantering av genomförts av farmaceut
- Redovisning av vårdavvikelser
- Revisionsrapport om kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och Lex Maria

I denna rapport sammanfattas resultatet av uppföljningarna utifrån ett antal kvalitetsområden; avvikelshantering, organisation, samverkan, läkemedel, delegering, egenvård, dokumentation, hjälpmedel/medicintekniska produkter, kompetens, mun och tandhälsa, nutrition, risk- och vårdavvikelsehantering, skydd och begränsningsåtgärder, blåsdysfunktion och utåtagerande beteenden.

3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

3.1.1 Vårdavvikelser

Syftet med avvikelshanteringen är att på ett systematiskt sätt registrera, åtgärda och följa upp vårdavvikelser för att öka patientsäkerheten. Med vårdavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten. Områden där vårdavvikelser förekommer kan vara omvårdnad, fall, trycksår, undernäring, munhälsa, läkemedelshantering, dokumentation och informationsöverföring.

Rapportering av avvikande händelser är ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat och inte vem som varit inblandad. Alla som upptäcker en avvikelse har skyldighet att rapportera den.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att anmäla till myndighet i enlighet med gällande författning, Lex Maria (SOSFS 2005:28),(2013:3). I Södertälje kommun har nämnderna delegerat denna uppgift till MAS. Skriftlig rutin för hur hantering av Lex Maria ska ske kommer att fastställas. Arbetssätt som används i dag är modellen händelseanalys när allvarlig vårdskada inträffat.

3.1.2 Klagomål och synpunkter

Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens digitala system men också via brev, mail och telefon. Klagomålshanteringen är viktig för att kunna fånga upp felaktigheter och kunna åtgärda dessa. Klagomål ska hanteras skyndsamt med återkoppling till den enskilde.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Synpunkter och klagomål har inkommit från närstående, dessa har tagits emot av resultatenhetschefen för LSS-teamet och utretts tillsammans med legitimerad personal. Vid behov har återkoppling skett till närstående. I klagomålen har informationsöverföringen identifieras som ett problem och verksamheten behöver därför utveckla bra arbetsätt för att förbättra informationen till patient och närstående.

3.2 Organisation och samverkan

Ansvar för hälso- och sjukvårdinsatser organiseras genom ett LSS-team med legitimerad personal som har samordningsansvaret för att hälso- och sjukvården planeras och utförs för patienterna inom särskilda boendeformerna LSS. Verksamheten har haft en stor omsättning av sjuksköterskor, under hösten 2016 har enheten enbart bemannas av hysjuksköterskor. Verksamheten kommer att arbeta med att se över introduktionen och hur de kan minska omsättningen av sjuksköterskor. LSS-teamet är organisatoriskt placerad under äldreomsorgen med en resultatenhetschef som också är chef för patrullverksamheten för hälso- och sjukvården. En god samverkan krävs mellan omsorgspersonal och legitimerad personal. De olika resultatenhetscheferna har ansvar för att samverkan sker på ett systematiskt sätt i verksamheterna.

Om patienten själv önskar att få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvården (inom husläkarverksamheten och primärvårdsrehabiliteringen) kan de välja det, eller få hjälp att välja i likhet med den övriga befolkningen. De insatser som utförs i öppenvården har kommunen inte något ansvar för, men kommunen har ändå samordningsansvaret kring patienten.

3.2.1 Hur samverkan fungerar för att förebygga vårdskador

Verksamheten har regelbundna möten med habiliteringen för att samverka kring patienter. Verksamheten upplever att samverkan fungerar bra. Samverkan med myndigheten och LSS-teamet har utvecklats under året och rutiner har tagits fram för detta. Ett utvecklingsområde är den lokala samverkan mellan de olika husläkarverksamheterna då avvikelser har visat att det brustit i informationen mellan läkaren, brukaren, personal och personal inom LSS teamet.

3.2.2 Hur samverkan har fungerat mellan patient och närstående

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patientlagen trädde i kraft 2015 1 januari, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. I nya lagen finns förtydligande att all information ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Kan hälso- och sjukvårdspersonalen inte lämna information till patienten så kan information lämnas till legal ställföreträdare. Samverkan med närstående eller legal ställföreträdare sker vid behov genom deltagande på möten eller via telefonkontakt. Verksamheten har rutiner för informera patienten eller legal företrädare vem hen kan vända sig till med frågor om sin vård och behandling. Sammanfattningsvis är upplevelsen att samverkan fungerat bra.

3.2.3 Hur samverkan och informationsöverföring har fungerat mellan olika yrkesgrupper

Att skapa rutiner för god kommunikation mellan olika yrkesgrupper gör att patientsäkerheten ökar. Det finns rutiner för informationsöverföring men bedömningen är att dessa behöver revideras och tydliggöras.

3.3 Basal hygien

Föreskrifterna om basal hygien² i vård och omsorg syftar till att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Föreskrifterna gäller i situationer då personalen har fysisk kontakt med patienter eller personer som får insatser i särskilda boendeformer. Vårdrelaterade infektioner är en risk för patientsäkerheten, det är därför viktigt att verksamheten har bra rutiner och att personalen har kompetens inom området. Verksamheten har kännedom om föreskriften och har lokala rutiner för hur den ska tillämpas i verksamheten. Cirka hälften av personal har genomfört vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner. Webbutbildningen bör all personal genomföra och ska ingå som en del i introduktionen för nyanställda.

3.4 Bashabilitering/rehabilitering

Verksamheten har god tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut när behovet uppstår hos brukare. Goda samverkansrutiner är framtagna mellan specialist rehabiliteringen/habiliteringen. Personalen upplever att det är lätt att få kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut och har även fått handledning/utbildning.

3.5 Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter förekommer i verksamheten. Riktlinjen för delegering finns och i början av 2017 kommer ny uppdaterad version som ska förankras i verksamheterna. Verksamheten har påbörjat ett arbete med att förtydliga processen för delegering som under 2017 kommer att färdigställas. Personal har innan delegeringen utfört webbutbildningen "Arbeta säkert med läkemedel" för att få en grund i läkemedelshantering.

3.6 Dokumentation av hälso- och sjukvårdsjournal

Patientjournal ska enligt patientdatalagen³ innehålla de uppgifter som behövs för att ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen ska alltid innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om ställda diagnoser och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt uppgifter om den information som patienten har fått.

² Basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10

³ Patientdatalagen 2008:355 3 kap. 6 §

Riktlinje för informationshantering och journalföring finns och är kända av legitimerad personal. Verksamheten har tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ)⁴ som gör det möjligt för legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation från andra vårdgivare i hela landet. Nyanställd legitimerad personal får utbildning i dokumentationssystemet av systemförvaltaren. För att underlätta för nya medarbetare är det bra om verksamheten gör egna manualer med exempel var man dokumenterar vad. Verksamheten har genomfört åtkomstkontroller av hälso- och sjukvårdsjournal enligt riktlinjer för journalföring, informationshantering och åtkomstkontroll av hälso- och sjukvård och vid enstaka tillfälle så har inhämtat samtycke saknas för NPÖ.

3.7 Egenvård

Kunskapen om begreppet egenvård, egenvård med praktisk hjälp och när är det hälso- och sjukvård behöver förtydligas i verksamheten. Ansvaret för att bedöma när hälso- och sjukvårdsåtgärd kan vara egenvård har legitimerad personal enligt SOSFS 2009:6⁵. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. Bedömningen ska dokumenteras och följas upp. Brister i egenvården räknas inte som vårdavvikelse men ska rapporteras till behandlande legitimerad personal enligt blanketten ”rapport om brister/risker gällande egenvård”. Om det skulle inträffa något allvarligt när det gäller egenvård eller egenvård med praktisk hjälp ska detta rapporteras enligt bestämmelserna om Lex Sarah.⁶ Verksamheterna saknar i dag skriftliga rutiner för hur man ska hantera brister i egenvården detta behöver förbättras och utvecklas.

3.8 Hjälpmedel/medicintekniska produkter

Det förekommer medicintekniska produkter i varierande omfattning verksamheterna. Riktlinjer och rutiner för medicintekniska produkter finns och är kända i verksamheten. Bedömningen är att dokumentationen om medicintekniska produkter behöver förbättras och utvecklas.

3.9 Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är den största hälso- och sjukvårdsinsatsen som personal gör inom verksamheten. Det är viktigt att den finns tydliga lokala rutiner och att läkemedelshantering sker på så säkert sätt som möjligt i verksamheten för att undvika att patienterna drabbas av en vårdskada.

Verksamheten ska följa MAS riktlinjer för läkemedelshantering och delegering, verksamheten ska också genomföra extern granskning av läkemedelshantering. Extern granskning är genomförd på två enheter under hösten 2016. Det finns brister i läkemedelshantering som verksamheten måste åtgärda för att uppnå en säker hantering, enheterna har fått tydliga

⁴ NPÖ är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring.

⁵ SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

⁶ SOSFS 2011:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

åtgärdsplaner med vad som behöver förbättras. Uppföljning av att detta kommer att ske under första kvartalet 2017 av MAS samt verksamhetschef.

3.10 Kompetens och utbildning

Fortlöpande utbildningsinsatser och rätt kompeten i verksamheten bidrar till att en god och säker vård kan uppfyllas. Som stöd i detta finns regional vårdprogram och nationella riktlinjer för hur olika typer av sjukdomar ska behandlas samt olika rekommendationer.

Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeuter har fått utbildning i hjälpmedel på Sodexo och Hjälpmedel syd under 2016.

LSS-teamet har erbjudits utbildning i vad funktionsnedsättning är via Carpe forum och kommer fortlöpande att erbjudas detta.

Kompetenssatsning har gjorts med stimulansmedel för baspersonal inom funktionshinderområdet, den största utbildningsinsatsen är kring grundläggande vård och omsorg, pedagogiskt ledarskap, specialpedagogik på gymnasienivå som är genomförd under hösten 2017.

3.11 Mun-och tandhälsa

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet hos brukaren. Vid större omsorgsbehov hos brukaren ökar behovet av hjälp och stöd av munvård och en tillfredsställande munhälsa. Vid den uppsökande munhälsobedömning ges förutom en bedömning av munhälsan även en individuell muntlig och skriftlig instruktion i munvård till den person som besöks eller till närstående/personal som sköter personens munhygien. Sjuksköterska alternativt LSS handläggare utfärdar underlag till tandvårdskort i systemet Symfoni. Verksamheten har rutiner för att kartlägga vilka brukare som ska erbjudas årlig munhälsobedömning och rutiner för hur kontakt tas med avtalad tandhygienist.

3.12 Nutrition

När det gäller personer med olika funktionsnedsättning finns det en ökad risk för både undernäring och övervikt. Verksamheten behöver därför arbeta med att stödja och förebygga god mat och måltidsvanor för brukaren samt identifiera riksgrupper.

Verksamheten har tagit fram rutin för undernäring som behöver uppdateras utifrån när personal ska kontakta sjuksköterska och vad personalen ska observera. Verksamheten behöver utveckla arbetsätt för att erbjuda riskbedömning enligt socialstyrelsens rekommendationer enligt tre frågor; Finns ofrivillig viktnedgång? finns undervikt? (uträkning av BMI) och finns någon typ av ätsvårigheter?

3.13 Risk och Vårdavvikelsehantering

Rapportering av risk eller vårdavvikelse sker till legitimerad som vidtar akuta åtgärder, sammanställning av vårdavvikelse görs ute på enheten av utsedd personal. Vårdavvikelse som inträffar mellan annan vårdgivare skickas till den berörda verksamheten. Allvarliga

vårdavviklers rapporter till medicinskt ansvarig sjuksköterska som utreder detta och eventuellt gör en anmälan om en Lex Maria⁷.

Avvikelse analyseras och förbättringsåtgärder tas upp på APT, plan för att följa upp förbättringsarbete finns som ska implementeras under 2017. LSS-teamet har även tavelmöten en gång i veckan där olika förbättringsarbeten stäms av.

Rutiner för vem och hur sammanställningen och analys av de vårdavvikelse som inträffar i verksamheten behöver förbättras och ses över för att öka patientsäkerheten i verksamheten.

Det finns en risk för underrapportering av risk och vårdavvikelse i verksamheten då alla inte rapporterar fullt ut.

Verksamheterna behöver fortsätta att bli bättre på att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som viktig del i förbättringsarbetet och utvecklingsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet. Orsaken till avvikelse/misstag finns nästan alltid i organisationen eller systemet om vi inte åtgärdar eller upptäcker vårdavvikelse finns det en ständigt risken att andra personer gör om samma avvikelse eller misstag. Att gå från individsyn till systemsyn och att fokusera på att kunna identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelse inträffar gör att patientsäkerhetskulturen ökar i verksamheten.

En del i riskanalysarbetet har varit att verksamheten har arbetat fram en grund för hur de ska arbeta vid ny verksamhet. Det innebär att skapa rutiner som utgår från uppdraget och vad det innebär. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetssätt och rutiner så att riskanalysarbetet är en del i det systematiska förbättringsarbetet.

3.14 Skydd och begränsningsåtgärder

Användningen av skydds- och begränsningsåtgärder såsom sänggrind, bälte, brickbord, larm mm regleras i riktlinjer för hanteringen av medicintekniska produkter. Frihetsinskränkningar och tvång riktat mot brukaren får inte förekomma. En och samma åtgärd kan dels förekomma med den enskildes samtycke, dels vara en tvångsåtgärd om den genomförs mot den enskildes vilja. Ett bälte kan vara ett hjälpmedel som bidrar till att den enskilde sitter bra och känner sig trygg och säker. Bältet kan också vara en otillåten tvångsåtgärd om den enskilde visar att hen inte vill vara fastspänd, utan upplever det obehagligt. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är frivilligt och det innebär att man inte kan vidta åtgärder mot någons vilja. Den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Verksamheten har kännedom om riktlinjen för hanteringen av medicintekniska produkter och när den ska tillämpas.

3.15 Urinblåsa- och tarmfunktion

Det är viktigt att brukare med blåsdysfunktion blir erbjuden en basal utredning där det ingår att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl. Vid blåsdysfunktion ska

⁷ Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

brukaren få förebyggande åtgärder och behandlingar insatta och utvärderade. Vid behov av inkontinenshjälpmedel ska dessa vara individuellt utprovade. Verksamheten ska ha sjuksköterskor med specifik kompetens inom blåsdysfunktionsområdet. För att säkerställa detta bör verksamheten ta fram rutiner för inkontinensbedömning.

3.16 Utmanande beteende⁸

Utmanande beteende förekommer hos vissa brukare i verksamheten, beteendet är inte ett tillstånd eller en diagnos. Alla människor kan agera på ett sätt som andra finner utmanande i vissa situationer. Att reagera med ett utmanande beteende kan vara det enda kommunikationssätt eller den lösning som finns för stunden för brukaren. I Socialstyrelsens rekommendationer framgår följande för att förebygga och minska utmanande beteende:

- bör personalen alltid överväga om beteende kan vara ett uttryck för hälsoproblem
- personal och arbetsledning bör ha kunskap om individens funktionstillstånd och hälsa samt kunskap om konsekvenserna av individens funktionsnedsättningar
- Individer med kommunikationssvårigheter bör få tillgång till individuellt anpassad Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)
- Personal bör stödja och uppmuntra brukaren att delta i fysiska aktiviteter utifrån personens fysiska och kognitiva förutsättningar

Verksamheten har rutiner och arbetsätt för att förebygga och minska utmanande beteende.

3.17 Vård i livet slut

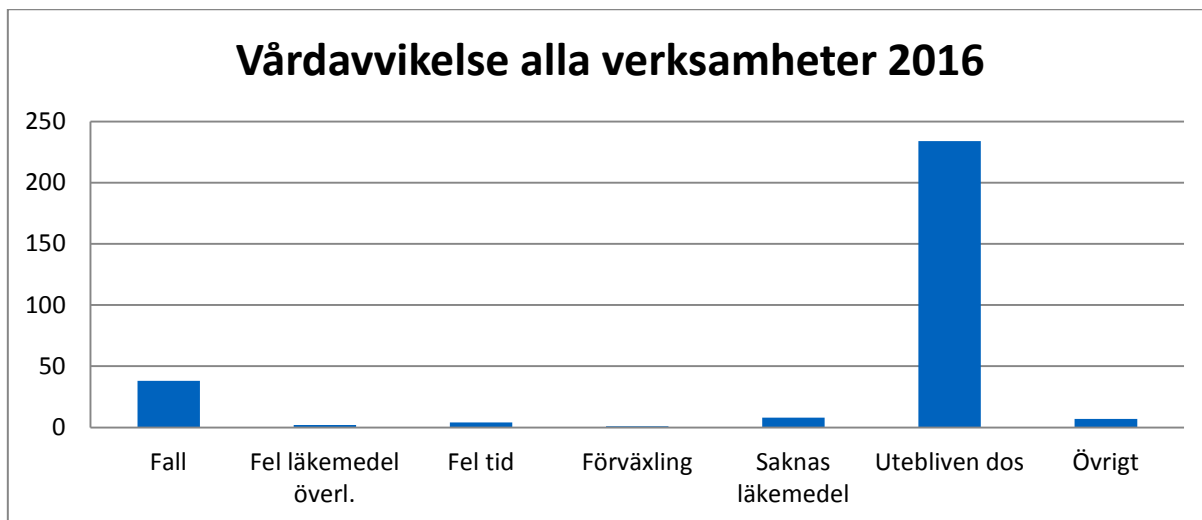
Rutiner för oväntade och väntade dödsfall finns och tillämpas i verksamheten. Samverkan sker med palliativa enheter och AISH när behov finns.

⁸ Vanligaste formen av utmanande beteende är utåtagerande beteende, självskadaande beteende och socialt problematiskt beteende.

4. Redovisning av indikatorer

Vårdavvikelser

Bild 2. Rapporterade vårdavvikelser från verksamheten



Ingen av dessa har bedömts som allvarlig vårdskada, det har i övervägande handlat om tillbud som inträffat.

Utebliven dos är den avvikelsen som inträffar mest i verksamheterna som innebär att brukaren inte fått sitt läkemedel vid en given tidpunkt, ingen rapporterad skada har skett av det inträffade.

Anmälan enligt Lex Maria

Inga allvarliga har rapporterats till IVO under 2016.

Anmälningar till Patientnämnden

Två anmälningar har inkommit från patientnämnden, och det har handlat om brister i omvårdnad och kommunikation.

5. Patientsäkerhetsplan för 2017

Övergripande plan för patientsäkerhetsarbete under kommande år:

- Arbeta för att höja kompetensen för att uppmärksamma vårdavvikelse och risker för vårdavvikelse som inträffar i verksamheten och se detta som viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet.
- Fortsätta att identifiera de viktigaste patientprocesser och följa upp dessa.
- Arbeta med utvecklings- och förbättringsområden som framkommer i patientsäkerhetsberättelsen för 2016.
- Verksamheten kommer att följa och sätta upp mål för; uppföljning av delegering, egenvårdsbedömning samt signeringsavvikelse och att personal ska ha utfört webb utbildning i basal vårdhygien under 2017.

Bilaga 1 Organisatorisk roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls. Individerna ska erbjudas en trygg och säker vård och den ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd och med respekt för individen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetsförordning (2010:1 369). MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Att det finns riktlinjer för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, brister i vårdkedjan och övriga avvikelser som till exempel vårdsynpunkter och klagomål från patienten eller närstående, att dokumentationen sker utifrån patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

Verksamhetschefen (Resultatområdeschef) enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom omsorgsnämnden bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt att hög patientsäkerhet uppnås.

Resultatenhetschefen för boeenheten ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Resultatenhetschef för legitimerad personal ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god introduktion i arbetet och fördela personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

Legitimerade personal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård att arbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso-och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

Stödfunktioner

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprovning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Patientnämnden ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje landsting och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, vi är anslutna till Stockholms läns patientnämnd. De ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

Socialstyrelsen är en myndighet som ta fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. Tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur man lever upp till föreskrifternas krav.

Smittskydd Stockholm är en myndighet som arbetar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor, ansvarar för olika handlingsprogram vid smittsam sjukdom.

Vårdhygien är expertfunktion som arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning hos patienter och vårdpersonal

Samverkan för att förebygga vårdskador

Viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar mellan andra vårdgivare och andra aktörer.

Former för samverkan regleras i olika samverkansdokument både övergripande för Stockholms län och lokalt.

- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in och utskrivning i slutenvården.
- Länsöverenskommelse om munhälsovård
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

- Lokal överenskommelse om samarbetsrutin mellan Södertälje kommun och utförare av husläkare uppdraget i Södertälje