



TJÄNSTESKRIVELSE

2018-02-05

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Dnr: OMS 2018/014

Sammanfattning av ärendet

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa.

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador.

Sammanfattningsvis bedriver enheterna sitt arbete med god kvalitet. Verksamheterna har bland annat arbetat med att förbättra informationsöverföringen, rutin har tagits fram för att minska fall och rutin för att kartlägga nutritionsintaget. Ett förbättringsarbete är att enheterna och verksamheten/resultatområdet behöver bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Kontoret föreslår att omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-05.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-02-05
- Patientsäkerhetsberättelse för 2017, daterad 2018-02-05

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

Omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-05.



Lenita Granlund

Socialdirektör

Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Handläggare: Nermin Varli
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08 523 069 41
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Rapport | 2018-02-05

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2017

Omsorgsnämnden

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08 523 0
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

Innehåll

1. Bakgrund.....	3
1.1 Syfte.....	3
1.2 Patientsäkerhet.....	3
1.3 Systematiskt kvalitetsarbete	3
2. Organisatoriskt ansvar	5
3. Sammanfattning av resultat.....	6
4. Mål och strategier för 2018.....	7
4.1 Handlingsplan med åtgärder.....	7
5. Resultat	8
5.1 Egenkontroll	8
5.2 Samverkan för att förebygga vårdskador	8
5.3 Rehabilitering	9
5.4 Kompetensutveckling.....	9
5.5 Läkemedelsgranskning.....	10
5.6 Hygienisk standard	10
5.7 Patientjournalssystem	11
5.8 Risk och avvikelshantering.....	11
5.9 Klagomål och synpunkter.....	13
5.9.1 Patientnämnden	13
5.9.2 Lex Maria	13
5.9.3 IVO.....	13
6. Uppföljning av daglig verksamhet.....	14

1. Bakgrund

1.1 Syfte

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska arbetet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Vidare ska strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller lyftas fram för kommande år.

1.2 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (2010:659) (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag.

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation, för bästa tillgängliga kunskap.

1.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I föreskriften beskrivs att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska bedöma sannolikheten och tänkbara negativa konsekvenser.

Inför förändringar i organisationer, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras.

Följande områden ska följas för att säkerställa kvaliteten inom hälso- och sjukvård:

- kunskapsbaserad hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård

- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid

2. Organisatoriskt ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda enheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor. Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet inom social-och omsorgskontoret är som följande:

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Ska medverka i risk och avvikelshantering och delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera enligt beslutade riktlinjer och rutiner.

Resultatenhetschef har ansvar för att bryta ner resultatområdesmål till enhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. Resultatenhetschef har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som medför brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att resultatområdet har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS ansvarar för att sätta upp ramar utifrån författningar genom riktlinjer som antas av nämnden och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

I Södertälje kommun är det resultatområdeschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten kommer befattningen verksamhetschef att användas.

Verksamhetschefen har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS.

Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

Verksamhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och se till att synpunkter och avvikelser utreds.

3. Sammanfattning av resultat

Till patientsäkerhetsberättelsen har uppgifter samlats in från resultatområdeschef för hälso- och sjukvård. Bedömningen baseras också på iakttagelser och tillsyn gjorda av MAS.

Arbetat med att identifiera de viktigaste patientprocesser är igång. Verksamheten har arbetat med att förbättra informationsöverföringen, rutin har tagits fram för att minska fall, och rutin har tagits fram för att förbättra nutritionsintaget genom att kartlägga under- och övervikt. Inom LSS tillfaller ansvaret för dietist primärvården och vid behov kontaktas primärvården där patienten är listad.

Resultatet i patientsäkerhetsberättelsen visar att delegeringsprocessen har skärpts upp och ett förbättrat utbildningsmaterial har tagits fram.

Dialogen och utvecklingsarbetet för att samverka kring patientsäkerhetsarbetet med externa vårdgivare och mellan verksamheterna har blivit bättre och det arbetet kommer att fortsätta under 2018. Tillsynen av daglig verksamhet visar att de fastlagda rutinerna som finns, inte tillämpas fullt ut, t.ex. har det visat sig att personalen vänder sig direkt till primärvården då patienten blir sämre och inte till social-och omsorgskontorets hälso-och sjukvårdsenhet.

Sammanfattningsvis bedriver flera enheter sitt arbete på ett bra. Ett förbättringsarbete är att enheterna och verksamheten/resultatområdet behöver bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Generellt behöver verksamheten arbeta mer systematiskt och vara mer resultatinkriktat för patientsäkerhet. Mer krav och uppföljning på resultat leder till säkrare arbetsätt för patienten.

4. Mål och strategier för 2018

Enheterna har satt upp följande mål och strategier för 2018.

- Fortsätta arbetet med att vidareutveckla samverkansrutiner mellan hälso- och sjukvårdsenheten och boendena för en säkrare läkemedelshantering samt åtgärda de avvikelser som framkommit vid 2017 läkemedelsgranskning.
- Följa upp och eventuellt uppdatera informationsöverföringsrutinen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Skapa kortare utbildningar som den legitimerade personalen håller kring olika teman runt hälso- och sjukvård, ex. hygien och sårvård.
- Inventera befintliga skydds- och begränsningsåtgärder och upprätta en plan för vidare arbete.
- Särskilda mål kommer att sättas upp för uppföljning av delegering, egenvårdsbedömning samt signeringsavvikelser vid administrering av läkemedel.
- Arbeta för att höja kompetensen för att uppmärksamma vårdavvikelser och risker för vårdavvikelser som inträffar i verksamheten. Detta är en viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet.
- Fortsätta att identifiera de viktigaste patientprocesser och följa upp dessa.

4.1 Handlingsplan med åtgärder

Utifrån redovisningen i patientsäkerhetsberättelsen och verksamhetens egna utvecklingsområden som redovisas ovan ska verksamheten ta fram en handlingsplan med åtgärder. Handlingsplan med åtgärder ska vara klar den första maj 2018. Handlingsplanen lämnas till MAS och redovisas för omsorgsnämnden.

5. Resultat

5.1 Egenkontroll

Följande egenkontroll har utförts under 2017.

- Egenvårdsbedömningar enligt plan, månadsvis.
- Genomförda uppdateringar av läkemedelsrutin enligt plan, månadsvis.
- Uppföljning av att narkotikakontroller samt dubbelkontroller är genomförda, månadsvis.
- Uppföljning av besiktning av selar enligt plan, månadsvis.
- Uppföljning och inventering av hjälpmedel enligt plan, månadsvis.
- Uppföljning av signeringsavvikelse och avvikelser månadsvis.
- Enheten hälso- och sjukvård LSS har fått tillgång till Senior Alert (stödverktyg för riskbedömning i fem områden) under 2017 för patienter över 65. En inventering av antalet patienter över 65 år har genomförts för att arbeta med riskbedömningar utifrån systematiska stödverktyg, som Senior Alert¹.
- Enheten har skapat inloggning till palliativa registret².
- Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsjournaler sker 4 gånger per år.
- Läkemedelsgranskning som genomförs av farmaceut är avklarade.
- Arbetat med att utveckla bättre rutiner i avvikelshantering för mer rapportering och uppföljning.

5.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

Överenskommelse för samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning finns antagen mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län. Samverkansmöten har hållits med Södertälje sjukhus samt med psykiatrin. Vårdcentralerna har kontaktats i enskilda ärenden.

Under 2017 har verksamheten arbetat med att förbättra informationsöverföringsrutinen mellan hälso- och sjukvårdsenheten och boendena.

Målet är att den enskilde ska få vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och landstingets verksamheter. Verksamheterna inom kommun och landsting har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra.

Den som har en insats enligt LSS ska erbjudas en individuell plan enligt 10 § LSS.

Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till om den enskilde har ett långvarigt behov av habiliterings och- rehabiliteringsinsatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I sådana fall ska en särskild person utses som blir ansvarig för samordningen. Stockholms läns landsting och kommunerna har enats om en överenskommelse om riktlinjer och rutiner för samordning av insatser avseende habilitering och rehabilitering.

¹ Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

² Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

Patienterna och deras närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet. Personalen har dialog med patienterna gällande deras insatser och uppmuntrar även till delaktighet från anhöriga då de känner patienten bäst och kan bidra med bra kunskaper. Den legitimerade personalen har regelbunden telefonkontakt med anhöriga efter önskemål. Verksamheten eftersträvar en transparent verksamhet där patient och anhöriga känner sig trygga med vården.

Verksamheten informerar om att de arbetar med nationella kvalitetsregister och olika stödverktyg som kräver samtycke. Rutinen för att inhämta samtycke finns både muntligt och skriftligt.

Redovisade samverkansrutiner:

- Samverkansmöten med Södertälje sjukhus och psykiatri har startats för att förebygga att patienter drabbas av en vårdavvikelse i samband med utskrivning.
- Resultatenhetschefen för hälso- och sjukvårdsenheten deltar på ledningsgruppen VFF vid behov.
- Samverkansmöten med habiliteringen hålls regelbundet av den legitimerade personalen. En lokal samverkansöverenskommelse finns upprättat mellan rehabilitering och habilitering.
- Den legitimerade personalen samverkar med resultatenhetschefer och boendehandledare/arbetshandledare på boendena genom besöka och genom att delta på boendemöten. Den legitimerade personalen handleder också boendehandledare/arbetshandledare i hälso- och sjukvårdsinsatser.

5.3 Rehabilitering

Enheten för hälso- och sjukvård har lagt upp en plan för inventering och dokumentation av medicintekniska hjälpmedel och produkter. Under 2017 har rehabiliteringen inventerat och dokumenterat alla medicintekniska produkter på enheterna. En plan har lags upp för besiktning av alla lyftselar inom enheterna.

Rehabiliteringen har regelbundna samverkansmöten med rehab personal på habiliteringen.

Befintliga arbetsmetoder för att hantera rehabiliteringsärenden har setts över. Resultatet visade att det befintliga arbetssättet fungerar bra.

5.4 Kompetensutveckling

Vid förra årets patientsäkerhetsberättelse identifierades ett förbättringsområde inom inkontinens och inkontinenshjälpmedel. Under 2017 har en sjuksköterska gått 7,5 högskolepoäng i förskrivningsrätt inkontinens. Rutiner för inkontinens och inkontinenshjälpmedel har utvecklats.

All personal har under 2017 utfört webbutbildning i basal vårdhygien.

All legitimerad personal i LSS-teamet har gjort webbutbildningen Autism samt sett föreläsningarna Lågaffektivt bemötande del 1 och 2 med Bo Hejlskov på Ur Play

Rehabpersonalen har gått på föreläsningarna/utbildningarna 24-timmarspositionering, Smärta vid Intellektuell Funktionsnedsättning, antidecubitusmadrasser, Vilo- & position i sittande samt Temadag Lyftselar.

Den legitimerade personalen har vid behov kunnat använda sig av demensteamet på äldreomsorgen. Utförare har tagit in information gällande "Funca" men inget påbörjat arbete.

Funca är ett webbaserat arbetsverktyg som är byggt på uppdrag av Socialdepartementet, och syftet med verktyget är att förebygga och minska utmanande beteende samt förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2. Socialdepartementet uppmärksammade den framgången med BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och ville därför bygga ett liknade arbetsverktyg anpassat för personer som har insatser genom LSS

5.5 Läkemedelsgranskning

Vårdgivaren bör som ett led i egenkontrollen, se till att läkemedelshanteringen genomgår en kvalitetsgranskning minst en gång per år (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)). Detta görs en gång om året inom egen regi. Kvalitetsgranskningen för läkemedelshandling utförs av en extern farmaceut.

Genom medicinskt ansvarig sjuksköterska valdes två enheter ut för granskning av läkemedelshandling. Inom LSS finns enbart patientbundna läkemedel och inget läkemedelsförråd. Farmaceuten har lämnat en rapport med handlingsplan för åtgärd som chef ansvarar för att åtgärda, dessa ska åtgärdas på alla enheter och inte enbart på de som granskats. Årets granskning visar att enheterna klart förbättrat sina rutiner utifrån förra årets granskning. Verksamheten redovisar att samverkansmöten mellan boendena och enheten för hälso-och sjukvård har hållits för att åtgärda den handlingsplan som farmaceuten lämnat vid granskning 2016 av läkemedelshandling och kvalitetssäkra samverkansprocesser.

Enheten för hälso-och sjukvård/LSS har under 2017 arbetat med begreppet egenvård/egenvårdsbedömning vid läkemedelshandling och följer enligt plan upp att bedömningarna blir genomförda.

5.6 Hygienisk standard

Enligt överenskommelse mellan landsting och kommun ansvarar landstinget för vårdhygienisk experthjälp till kommunerna på boenden med särskild service och daglig verksamhet. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Övergripande externa riktlinjer (Vårdhygien Stockholm) för Basal hygien i vård och omsorg finns och gäller inom social och omsorgskontoret. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i verksamhetens kvalitets-och säkerhetsarbete eftersom alla vårdgivare har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Viktiga områden är tillgång till vårdhygienisk kompetens, utbildning och kompetensutveckling i vårdhygien, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner, egenkontroller, processer och resultat för vårdhygien.

Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Vid övertagande fanns förslag om att motsvarande samverkansavtal behövde upprättas vad avser denna målgrupp, det har inte genomförts.

Som stöd för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete har Vårdhygien Stockholms län tagit fram instrument/utarbetade blanketter som kan användas i alla kommuner, direkt eller efter omarbetning för att passa den egna verksamheten och dess kvalitetssystem. Något som verksamheten kan bli bättre på att utnyttja.

Verksamheten har inte redovisat hur det systematiskt kvalitetsarbete för hygienisk standard går till.

5.7 Patientjournalssystem

Patientjournalssystemet och dess struktur behöver fortlöpande ses över och utvecklas efter Socialstyrelsens krav. Den 1 januari 2019 träder en ny föreskrift i kraft som påverkar kommunernas uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården innebär bland annat att kommunerna blir skyldiga att lämna ytterligare uppgifter utöver de som lämnas i dag. Möjligheten till denna redovisning behöver ses över.

Verksamheterna använder i dagsläget NPÖ, men där finns inte tillgång till ordinationshandlingar för läkemedelslista att tillgå. När hälso- och sjukvårdsinformation inte tillgängliggörs i realtid från andra vårdgivare uppstår kostnader hos kommunen oftast i form av tidsåtgång för att få tillgång till relevant information. Verksamheten efterfrågar en utveckling av detta område. Bättre digitala system bör uppmärksammas mellan landsting och kommun för ökad patientsäkerhet.

Det förekommer fortfarande problem med att ordinerat läkemedel inte följer med patienten vid vårdensövergångar. Exempelvis när en brukare på ett boende har besökt akutvården. Patienten kan då bli utan sitt läkemedel. En rutin finns för samverkan mellan kommun och landsting men akutvården följer inte den alltid. Vid avvikelse ska det rapporteras till den andra vårdgivaren, något som verksamheten behöver bli bättre på att systematisera. Enheten för hälso-och sjukvård arbetar kontinuerligt för ett förbättra samarbetet.

5.8 Risk och avvikelshantering

Förra årets patientsäkerhetsberättelse visade att avvikelshantering behöver förbättras. Verksamheten ser att avvikelshantering har förbättrats. Under året har det varit extra fokus på fall och nutrition samt bättre samarbete med omvårdnadspersonal och legitimerad personal utifrån rapporterade avvikelser

Risikanalys har genomförts vid förändring av arbetssätt för arbetsterapeuter. Förändringen följdes upp och arbetssättet anpassades utifrån detta.

Risikanalyser kring enstaka patienter har genomförts i samverkan med boendehandledare och anhöriga. Verksamheten använder sig av riskbedömningsinstrument Senior Alert(> 65 år) och BPSD. Under 2018 kommer enheten för hälso-och sjukvård LSS arbeta mer med risikanalyser.

All personal har skyldighet att rapportera risker och avvikelser och de skrivs i verksamhetssystemet för avvikelshantering.

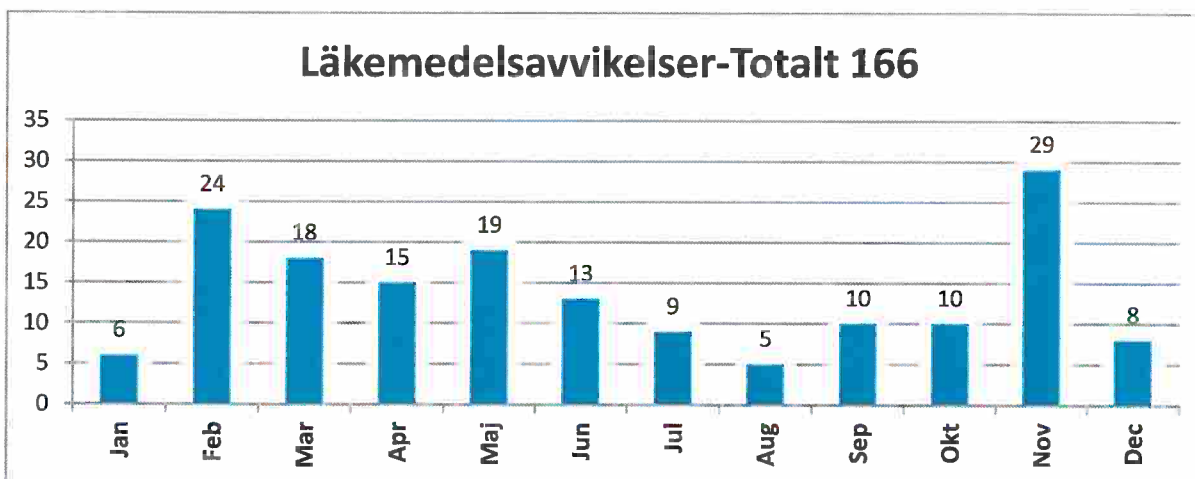
Enheten för hälso-och sjukvård har arbetat med att få avvikelser att bli en självklar del av förbättringsarbetet. Hälso-och sjukvårdsteamet har månadsvis avvikelsemöten för att diskutera

förbättringar. Chef för enheten hälso-och sjukvård har infört månadsvis skriftlig återkoppling gällande avvikelser till resultatenhetschef för boendena. Resultatenhetschefen tar del av rapporterna och jobbar med åtgärder utifrån identifierade rapporter.

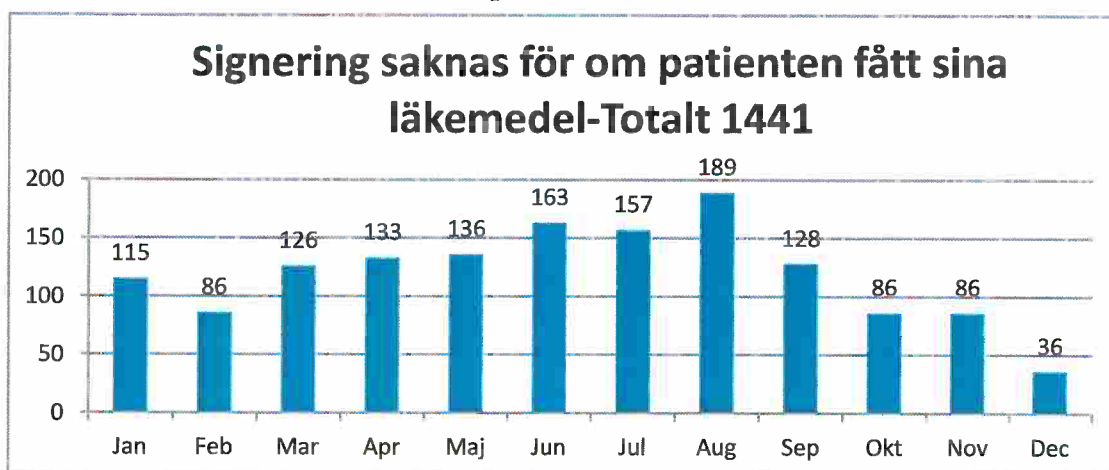
Avvikelsemodulen behöver ses över och utvecklas för att rapporteringen av vårdavvikelse ska vara enkel och att all personal ska kunna rapportera direkt i systemet. Nu är det enbart legitimerad personal som kan rapportera i verksamhetssystemet och resterande personal dokumenterar i pappersmall som sedan dokumenteras i digitala systemet av en behörig.

Det är endast avvikelser på läkemedelshantering som har rapporterats, inga redovisa rapporter på andra hälso-och sjukvårdsområde som avvikit. Dock tror verksamheten att fallavvikelserna är underrapporterade. När avvikelser inte rapporteras finns det risk att bakomliggande faktorer inte utreds på ett systematiskt sätt och det uppstår en risk till att händelsen kan återkomma och som i sin tur kan leda till allvarlig vårdskada. Det är därför viktigt att alla vårdavvikelser rapporteras i digitala systemet för rätt hantering.

Rapporterade läkemedelavvikelser



Antalet signeringar som saknas för om patienten fått sina läkemedel



Signeringsavvikelserna har en uppåtgående trend under sommaren. Verksamheten beskriver att en bakomliggande faktor till detta kan bero på sen introduktion för vikarierande omsorgspersonal. Enheten för hälso-och sjukvård kommer vara mer restriktiva med delegeringar för vikarier under nästa sommar. Generellt är det många avvikelser under året, detta är något som verksamheten behöver se över.

5.9 Klagomål och synpunkter

Verksamheten har inte redovisat några inkomna klagomål och synpunkter.

Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för klagomål och synpunkter. Vårdgivaren är första instans som ska bemöta och besvara de klagomål och synpunkter som kan uppstå i samband med vård och behandling. Patienter och närstående ska vända sig direkt till den verksamhet som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål. Verksamheten bör omgående bekräfta att klagomålet är mottaget och bör sedan lämna ett svar inom fyra veckor. Alla vårdverksamheter bör vara så tydliga som möjligt i sin information till patienter om hur man går tillväga för att framföra klagomål och synpunkter. Patienter och närstående kan alltid få hjälp av Patientnämnden som är ett stöd för patienten för att föra fram sina klagomål och få dem besvarade.

MAS bedömer att verksamheten inte har skapat system för klagomål och synpunkter, detta är något som behöver utvecklas. Då inkommande ärenden inte hanteras korrekt finns det risk till att bakomliggande faktorer inte utreds på ett systematiskt sätt och därav kan händelsen upprepas.

Hälso- och sjukvårdsenheten beskriver att klagomål återkopplas skriftligt och ibland även muntligt beroende på hur synpunkten/klagomålet rapporterats in och hur önskemål om återkoppling ser ut till rapportören.

5.9.1 Patientnämnden

Inga ärenden har rapporterats till patientnämnden.

5.9.2 Avvikelser till och från andra vårdgivare.

Inga ärenden har redovisats

5.9.3 Lex Maria

Inga allvarliga vårdavvikelse rapporterats till medicinskt ansvarig sjuksköterska och därav ingen Lex Maria anmälning

5.9.4 IVO

Inga ärenden har rapporterats

6. Uppföljning av daglig verksamhet

Under våren 2017 genomförde medicinsk ansvarig sjuksköterska verksamhetstillsyn på social- och omsorgskontorets dagliga verksamheter. Vid besöket intervjuades personal och vid något tillfälle deltog resultatenhetschef och även metodutvecklare.

Syftet med uppföljningen var att följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet och få kunskap om vilka styrkor, svagheter och förbättringsområden som finns utifrån riktlinjer och rutiner.

Granskningsområden

- Kontaktvägar när någon brukare blir akut sjuk
- Läkemedelshantering
- Delegering
- Avvikelsehantering
- Hjälpmedel
- Basal hygien

Resultat från granskningen

All personal som intervjuades hade kunskap om att de ska ringa 112 när någon arbetstagare blir akut sjuk. Det som behöver förbättras är att rutinen är skriftlig kring detta. Enheten behöver också känna till Riktlinjer/rutiner för hjärt- och lungräddning. Rutinen för när personal ska kontakta kommun sjuksköterskan behöver förtydligas då en del av personalen vänder sig direkt till primärvården.

Arbetstagare, som sköter sina läkemedel själva och där en del behöver praktisk hjälp för administreringen, ansvarar själva för nyckelhantering till sina skåp. För de arbetstagarna som inte klarar av läkemedelshantering själva har sjuksköterka gett delegering till omvårdnadspersonal för administrering. Delegeringen följs upp genom signeringslistor.

All personal kände till att de måste ha en aktuell delegering för övertagande av hälso- och sjukvårdsinsats. På några enheter hade inte all personal en aktuell delegering på grund av ny sjuksköterska. Enheterna behöver se över rutinen för aktuella delegeringslistor och följa MAS riktlinjen, vid personalbyte och när delegering börjar gå ut. Personalen redogjorde att utbildningen för att ta emot delegering var god och de hade bra tillgång till utbildningsmaterial.

Alla enheter behöver förbättra och utveckla sina lokala rutiner för hur/när avvikelsehantering ska ske.

Förekomsten av hjälpmedel varierar mellan enheterna. Besiktning och service utförs med regelbundenhet på enheten.

Personal har kännedom om vikten om god basalhygien. Då behov av omsorg kan variera för varje besökare behöver enheten tydliggöra för personalen vilka hygienrutiner som gäller vid olika lägen. Enheterna kan också bli bättre på att informera besökare om hygienrutiner, bra informationsmaterial finns hos Folkhälsomyndigheten.