



TJÄNSTESKRIVELSE

2019-03-19

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Dnr: OMS 19/020

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.

Kontoret föreslår att omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2018 och att verksamheten upprättar handlingsplan för de utvecklingsområden som framkommer i patientsäkerhetsberättelsen. Handlingsplanen ska verksamheten redovisa den 29 maj på nämndsammanträdet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2019-03-19
- Patientsäkerhetsberättelse för 2018.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

Kontoret föreslår att omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2018 och att verksamheten upprättar handlingsplan för de utvecklingsområden som framkommer i patientsäkerhetsberättelsen. Handlingsplanen ska verksamheten redovisa på nämndens sammanträde den 29 maj.



Eva Pedersen-Wallin

Tf 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



Patientsäkerhetsberättelse 2018

Omsorgsnämnden

Innehåll

Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund.....	3
2.1 Syfte.....	3
2.2 Patientsäkerhet.....	4
2.3 Systematiskt kvalitetsarbete	4
3. Övergripande mål och strategier	4
4. Ansvarsfördelning och organisation.....	5
4. Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits 2018.....	7
6. Egenkontroll.....	9
6.1 Läkemedelshantering	10
6.2 Digital signering.....	10
6.3 Läkemedelsgenomgång.....	10
6.4 Hygienisk standard.....	11
6.5 Munhälsobedömning och tandvårdsstödsintyg.....	11
6.6 Inkontinens.....	11
6.7 Fotundersökning vid diabetes, förebyggande arbetsätt.....	12
6.8 Dokumentation och informationsöverföring.....	12
6.9 Medicin tekniska produkter	13
6.10 Malnutrition (ofrivillig vikt förlust, ätsvårigheter och undernäring)	14
7. Samverkan för att förebygga vårdskador	14
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	15
8.1 Rapportering av avvikelser	15
8.2 Klagomål till patientnämnden.....	16
8.3 Avvikelser till och från andra vårdgivare.	16
8.4 Lex Maria	16
8.5 Ärende från IVO	16
9. Förebyggande arbetet, Riskhantering	16
10. . Klagomål och synpunkter	16
11. Samverkan med patienter och närstående SFS 2010:659 3 kap. 4 §	17
12. Mål och strategier som planeras för 2019.....	17
12.1 Handlingsplan med åtgärder.....	18

1. Sammanfattning

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen (PSL). I PSL 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att bidra till ökad patientsäkerhet genom rapportering av risker, tillbud och negativa händelser.

Denna patientsäkerhetsberättelse är en sammanställning för vårdgivaren Södertälje kommun inom verksamhetsområdet LSS där omsorgsnämnden har sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

De uppgifter som redovisas har samlats in från resultatombudschef för LSS. Bedömningen baseras också på iakttagelser och direkt kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS).

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten i arbetet med patientssäkerhet behöver arbeta mer systematiskt och resultatinkänt. Verksamheten behöver även bli bättre på att analysera det resultat som de redovisar.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att säkra upp patientsäkerheten i alla processer. Verksamheten måste säkerställa att arbetsrutiner finns dokumenterade i ledningssystemet för att skapa en enhetlig arbetsätt.

Social och omsorgskontoret behöver även i högre utsträckning integrera hälso- och sjukvården i kontorets övergripande styrprocesser.

För att kvalitetssäkra processer vid delegering av läkemedelshantering och hälso- och sjukvårdsinsatser, måste vårdgivaren/social- och omsorgskontoret skapa förutsättning till digital signering. Genom digital signering av delegerad arbetsuppgift får sjuksköterska direkt kontroll för om uppgiften inte är åtgärdat.

2. Bakgrund

2.1 Syfte

Omsorgsnämnden är vårdgivare för hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Som vårdgivare har nämnden det yttersta ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom nämndens ansvarsområde uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen ska alla vårdgivare 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.

2.2 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (2010:659) (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369). 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 trygghet 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.

2.3 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.

3. Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Den övergripande målsättningen för den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten inom Omsorgsnämndens ansvarsområde är att leva upp till det nationella målet för hälso- och sjukvården som är:

- att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- att den är säker och förebyggande att vårdskador förhindras
- att hälso- och sjukvården är patientfokuserad och ges med lyhördhet och respekt för individens förväntningar, behov och resurser
- att den ges på lika villkor och i rimlig tid
- att den uppfyller god hygienisk standard

Varje enskild boende ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin hälso- och sjukvård. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt.

I dagsläget saknas övergripande mål eller beslutad inriktning för den kommunala hälso- och sjukvården inom Södertälje kommun. Mål för Hälso-och sjukvården finns ej med i kommunens mål och budget 2019-2022. För hälso-och sjukvården inom omsorgsnämndens verksamhetsområde finns det på nämndnivå ett mål i verksamhetsplanen om att utföra loggkontroller.

Social och omsorgskontorets ledningssystem för kvalitet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs inom omsorgsnämnden, socialnämnden och äldreomsorgsnämndens ansvarsområde. Ledningssystemet ska synliggöra resultat genom egenkontroller och delges personal och boende/patient.

4. Ansvarsfördelning och organisation

Ansvarsfördelning mellan nämnderna

I Södertälje kommun är ansvaret för den kommunala hälso-och sjukvårdsverksamheten fördelad mellan tre nämnder, omsorgsnämnden, socialnämnden och äldreomsorgsnämnden.

Socialnämndens ansvarar för hälso-och sjukvården inom bostad med särskild service inom socialpsykiatrin. Hälso-och sjukvårdsansvaret för boende inom socialpsykiatrin som har beslut om boende enligt LSS tillfaller omsorgsnämnden. Omsorgsnämnden ansvarar för hälso-och sjukvården för gruppboendestäder, servicebostäder och daglig verksamhet enligt LSS. Äldreomsorgsnämnden ansvarar för hälso-och sjukvård inom bostad med särskild service för äldre enligt SoL.

Hälso-och sjukvård som eget resultatområde

Från och med den 1 jan 2019 blir hälso-och sjukvård ett eget resultatområde inom social och omsorgskontoret. Området ansvarar för basal hälso- och sjukvård som utförs i vård och omsorgsverksamheter. I resultatområdet ingår sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som ombesörjer vård och omsorgsboende för äldre, kvälls- och nattpatrull, team för LSS och socialpsykiatri. Inom vård och omsorgsboende för äldre finns demensteam, verksamhetsutvecklare samt dietist.

Den kommunala utföraren av hälso-och sjukvården inom verksamhetsområdet för personer med funktionsnedsättning är organiserade på äldreomsorgsnämnden under den nya resultatområde för hälso-och sjukvård 2019

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda verksamheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor.

Omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen(2017:30).

Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till god kvalitet i verksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett väl fungerande kvalitetsledningssystem och ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Socialdirektören ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet, se till att det finns riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och analysera verksamheten så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten samt bevaka verksamhetens totala resultat och resursbehov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvaret utifrån Hälso- och sjukvårdsförordningen (2107:80) 4 kap 6§. Ansvarsområdet för MAS är i huvudsak att utarbeta riktlinjer som ur ett patientsäkerhetsperspektiv säkerställer god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. MAS utövar tillsyn inom social- och omsorgskontorets ansvarsområde för hälso- och sjukvård. MAS ansvarar för att resultatområdet har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar 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 patienten. MAS ansvarar för att sätta upp ramar genom riktlinjer utifrån författningar. Riktlinjerna antas av nämnden. Kommunens MAS får uppgifter om patientsäkerhetsarbetet från verksamheten och sammanställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen till vårdgivaren.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen är resultatområdeschefen. I denna rapport kommer befattningen verksamhetschef att användas. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar verksamhetschefen för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen ska vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet. 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. Verksamhetschefen ska till vårdgivaren och MAS redovisa patientsäkerhetsarbetet.

Resultatenhetschef har ansvar för att bryta ner resultatområdets mål till enhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. Resultatenhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställs är väl kända i verksamheten och att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina uppgifter. I ansvaret ingår även det systematiska kvalitetsarbetet på enheten där bland annat kartläggning av processer, upprättande av rutiner, genomförande av riskanalyser, egenkontroller och åtgärder ingår. Resultatenhetschef har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

Legitimerad personal inom hälso- och sjukvården är sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast. Den legitimerade personalen är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Det innebär att varje legitimerad personal själv ansvarar för att upprätthålla professionens nivå när det gäller yrkeskunnande och kompetens. Sjuksköterskans yrkesroll är självständig och varje sjuksköterska har ett etiskt ansvar för bemötande, bedömningar och beslut. Under hela yrkeslivet har varje sjuksköterska också ett ansvar att arbeta kunskapsbaserat och följa forskningen och den etiska koden för sjuksköterskor för att kunna ge patienterna en vård av hög kvalitet.

Personal har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med lagar, 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.

Externa aktörer för patientsäkerhetsarbete finns Vårdhygien Stockholms län och Smittskydd Stockholm att tillgå samt farmaceut som verkar i kommunens verksamheter och har rådgivande och stödjande expertroll för verksamheten. Ansvar för läkarvård vilar på Region Stockholm.

4. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Verksamheten olika struktur styr i vilka forum (arbetsplatsträffar och teammöten) uppföljningar och utvärderingar av granskningar och avvikelser sker. Rutin för uppföljning av avvikelser finns på varje enhet. I verksamheternas avvikelshantering ska det framkomma hur det systematiska förbättringsarbetet sker och hur verksamheten bearbetar och åtgärdar kvalitetsbrister.

Strukturen för uppföljning och utvärdering av ska utgå från resultat och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Uppföljningar av hela kvalitetsarbetet på nämndnivå görs tre gånger per år i samband med bokslut av kvalitetsutvecklare på social och omsorgskontorets stab.

MAS följer upp verksamheternas hälso- och sjukvård genom granskningar, riktade uppföljningar, besök, samverkan med ansvariga läkarorganisationer, andra aktörer samt andra vårdgivare.

5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits 2018

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamheten arbetar med fall, nutrition, munhälsa samt systematiska läkemedelsgenomgångar, likaså arbetas det kontinuerligt för att få till att samverkansprocesser med läkarorganisation blir bättre. Läkemedelsgranskning är annan del för ökad patientsäkerhet. Dessa skapar en bra systematik avseende riskanalys, egenkontroll och för det förebyggande arbete och på så sätt utvecklar nya förebyggande patientsäkerhetsarbetssätt i verksamheterna.

Den handlingsplan som verksamheten upprättade efter förra årets patientsäkerhetsberättelse har följts upp kontinuerligt och de planerade åtgärderna har genomförts eller påbörjats under 2018.

Varje månad rapporterar teamet för legitimerat personal hälso-och sjukvård statistik på vårdavvikelser till varje enhet och enheten har tillsammans med sjuksköterska en dialog om avvikelser. Fall rapportering har skärpts på enhet där det har varit aktuellt.

Samverkan mellan hälso-och sjukvårdsteamet och LSS verksamheten har blivit bättre, enheterna har regelbundna möten och uppdateringar mellan sjuksköterska, gruppleadare och enhetschef.

Rutinen för kommunikationsvägar mellan personal och sjuksköterska har tydliggjorts bättre.

Bättre rutin har arbetats fram för att se till att egenvårdsbedömning görs och tillämpas.

Rutiner för läkemedelshantering, förvaring, delning, signering, vid behovs-läkemedel, sjukdomstillstånd m.m har förbättrats och systematiserats. Kunskapshöjande åtgärder i läkemedelshantering för personalen har vidtagits.

Uppdatering och implementering av rutiner för läkemedelshantering vid frånvaro av patient från boendet har gjorts under året. Både planerad och oplanerad frånvaro omfattas.

Signeringslistorna har arbetats om, informationen i den har blivit mer tydlig. Vid behovsmedicinering, delning, överlämning och uppföljning av effekt har fått tydligare rutiner. Personalen har fått tillgång till och börjat genomföra WEB-utbildningar gällande t.ex. diabetes, läkemedelshantering. Hantering kring mottagning av leverans av läkemedel till enheten har säkrats mer. För de patienten som inte har egenvård har personal fått fullmakt till att hämta patientens läkemedel på apotek för de som inte har läkemedelsleverans.

Även rutinen för säkrare nyckelhantering har förbättrats och nya medicinskåp med bättre standard har installerats.

Under 2017 påbörjades arbetet med att inventera samtliga hjälpmedel, inventeringen har genomförts på alla enheter. All hjälpmedel är dokumenterat i en modul i verksamhetssystemet för medicintekniska produkter, kontroll sker årligen och ansvar ligger på resultatenhetschef i respektive enhet.

Under 2018 har skydds- och begränsningsåtgärder setts över. Under 2019 är det planerat för att se över att samtycke finns inhämtat i samtliga beslut för skydd-och begränsningsåtgärder. Detta gäller både på samtliga boenden och daglig verksamhet.

Inspektion av lyftselen genomförs var 6:e månad, och målet var 100 % och det är uppnått.

Inom LSS tillfaller ansvaret för dietist primärvården och vid behov ska sjuksköterska i samråd med patienten kontakta primärvården. Alla medarbetare i våra boenden har fått information om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. För bättre och tydligare kommunikationskanal med omsorgs-/omvårdnadspersonal kring nutrition har rutin upprättats av hälso-och sjukvårds teamet för LSS. Rutinen är på gång med att förankras hos alla medarbetare för tillämpning.

Patienter som har urininkontinens ska få sina problem utredda och därefter få individuellt förskrivning av inkontinensskydd.

Det finns tre sjuksköterskor som har specifik utbildning för inkontinens så att den enskilde får de inkontinenshjälpmedel som är individanpassat till blåstömningsmönster.

Hälso-och sjukvårdens team för LSS har regelbundna möten med rehabiliteringen och gemensamma besök till brukaren/patient förekommer. Om behov finns för kontakt, har verksamheten rutin för det.

Samarbetsrutin mellan verksamheten för personer med funktionsnedsättning och demensvårdsutvecklare finns för de brukare/patienter som har behov av det.

Verksamheten och enheten för hälso-och sjukvård kommer under 2019 arbeta mer med att strukturera roller och fördelning av ansvar för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Tillgänglighet av sjuksköterska dygnet runt har det bidragit till ökad trygghet och kontinuitet för brukare/patient och personal.

Kompetensutvecklingsområden under 2018

- Inkontinensutbildning för en sjuksköterska 7,5 Hp.
- En arbetsterapeut har gått utbildning i Katid- Kunskap om kartläggning av tidsuppfattning och tidshantering, för att bättre få verktyg att kunna bedöma och få kunskaper om tidsuppfattning och tidshantering.
- Nutritionsutbildning med hjälp av dietist.
- Webutbildning har genomförts för att få förskriva hjälpmedel, gäller legitimerad personal.
- Utbildning i lågaffektivt bemötande.
- E-autism webutbildning för enheten för hälso-och sjukvård
- HLR, genomfört av enheten för hälso-och sjukvård
- Respiratorutbildning genomfört av en sjuksköterska

6. Egenkontroll

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 och SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroller är systematisk uppföljning av verksamhetens kvalitet och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Syftet med egenkontroll är att säkerställa god patientsäkerhet genom ett systematiskt arbetssätt.

Genom att följa verksamhetens kvalitet över tid med egna kontroller och att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. Verksamheten får bättre systematik för sin uppföljning, planering, genomförande, resultat och förbättringar. Genom systematisk arbetssätt får legitimerad personal och personal med delegerat ansvar bestämda rutiner för att självständigt utföra sitt arbete utifrån patientsäkra processer.

Vilka områden/indikatorer som ska ingå i verksamhetens egenkontroll ska kartläggas och redovisas i verksamhetens områdesplan.

Resultatet av egenkontrollen för 2018 har samlats in från verksamheten och redovisas nedan. I de fall där det finns iakttagelser från MAS redovisas dessa i samband med resultat.

6.1 Läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) bör vårdgivaren, som ett led i egenkontrollen, se till att läkemedelshanteringens kvalitetsgranskas minst en gång per år.

MAS är samordnande gentemot farmaceut och har deltagit i gransknings-/uppföljningsarbetet. Granskningen genomfördes på slumpmässigt valda enheter. Kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering utförs av en farmaceut tillsammans med MAS samt representanter från boendet och sjuksköterska. Farmaceuten lämnar rapport med handlingsplan för åtgärder som resultatområdeschef/verksamhetschef ansvarar för att åtgärda. Förbättringsförslag så som lokala rutiner revideras av verksamheten efter granskning.

Av den granskning som MAS genomfört är bedömningen att läkemedelshantering sker på ett säkert sätt i verksamheten. Enheterna har förbättrat sina rutiner i relation till förra årets granskning. Signeringslistorna har ändrats/förtydligats vilket har lett till att ansvaret för signeringar har skärps. Det finns ett fåtal förbättringsområden att arbeta med och de avvikande delarna kommer att åtgärdas.

Rutinen för medicindelegering är god. Det finns bra utbildningsmaterial att tillgå och används innan och vid delegering. Verksamheten har blivit bättre på att se till att egenvårdsbedömning genomförs.

En ny rutin är framtaget som säkrat upp hanteringen av delegerade arbetsuppgifter vid vissa diagnoser, som t.ex. epilepsi och insulinbehandlat diabetes.

6.2 Digital signering

För att kvalitetssäkra processer vid delegering av läkemedelshantering och hälso-och sjukvårdsinsatser behöver vårdgivaren/social-och omsorgskontoret aktivt se över möjligheten till digital signering. Detta är något som MAS bedömer ska prioriteras högt inom social-och omsorgskontoret.

Fördelen med att använda sig av digital signering är att i realtid upptäcka avvikelser för delegerade insatser och ansvarig sjuksköterska behöver inte fysiskt vara på plats för ha koll på verksamheten. Idag har sjuksköterska problem med att få aktuell läkemedelslista vid vårdens övergångar. Genom ett digitalt system kommer en komplett läkemedelslista med instruktioner finnas direkt i mobilen. Patientsäkerhet och trygghet för personalen ökar då det är svårare att göra fel med det digitala arbetssättet.

6.3 Läkemedelsgenomgång

För de patienter som är inskrivna i hemsjukvård eller omfattas av lag (1993:87) om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS ska en årlig fördjupad läkemedelsgenomgång göras. Enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar ska göras enligt HSLF-FS 2017:37 och SLL:s riktlinjer. Respektive husläkarmottagning tillsammans med verksamheten arbetar systematiskt med läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgång utförs på alla patienter.

6.4 Hygienisk standard

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.

Då basala hygien- och klädregler är oerhört viktiga att efterleva för att undvika smittspridning ska egenkontroller i form av självskattning i basala hygienrutiner genomföras i verksamheterna minst ett par gånger per år.

Verksamheten behöver bli bättre på att redogöra för hur det systematiskt kvalitetsarbete(egenkontrollen) för hygienisk standard går till. Verksamheten bör sträva efter att det finns personal med spetskompetens(hygienansvarig) i hygien inom verksamheten för att få rutin och kontroll av den hygieniska standarden. Som stöd för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete har Vårdhygien Stockholms län tagit fram instrument/utarbetat 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. Vårdhygien Stockholm har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens och riktlinjer.

Inga anmälningsskyldiga diagnoser har rapporterats under 2018, som t.ex. MRSA, VRE, ESBL och ESBL-carba.

Personal på boende och daglig verksamhet har under året genomgått hygienutbildning dels med sjuksköterska och dels genom Webutbildning.

Andel medarbetare som fått utbildning av sjuksköterska i basal hygien är 66 %.

Andel medarbetare som genomfört webbaserad utbildning baselvårdhygien är 72 %.

6.5 Munhälsobedömning och tandvårdsstödsintyg.

Tandvårdsenheten på Region Stockholm har avtal med leverantörer för att årligen erbjuda en gratis munhälsobedömning till vård- och omsorgsboenden för de personer som är berättigade. Vårdgivare i Region Stockholm ska erbjuda munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. Detta är något som verksamheten behöver bättre utnyttja i sin kompetensutvecklingsplan. Det är viktigt att personal deltar vid munhälsobedömningen för att få information och kunskap om hur de kan vara behjälpliga.

Bristande munhygien kan bland annat leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att all vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder.

6.6 Inkontinens

Patienter som har urininkontinens ska få sina problem utredda och därefter få individuell förskrivning av skydden.

I verksamheterna finns tre sjuksköterskor som har specifik utbildning för inkontinens så att den enskilde får de inkontinenshjälpmedel som är individanpassat utifrån blåstömningsmönster. Alla som har inkontinensskydd är bedömda av sjuksköterska, målet var satt till 70 % men uppfyllt till 100 %.

Verksamheten redovisar tre patienter med kateter vid mättillfället (december 2018), vilket är gott resultat. Katetrar medför ökad risk för infektioner.

6.7 Fotundersökning vid diabetes, förebyggande arbetsätt

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård från 2017 rekommenderas att fotundersökning utförs rutinmässigt. Som stöd finns "nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes" att tillgå.

Vårdprogrammet gäller för alla typer av diabetes i alla åldrar och följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård. Målsättningen är att minska risken för fotkomplikationer som smärttillstånd, fotdeformiteter, sår och amputationer. Detta strukturerat arbetssätt är inget som lyftes fram på verksamheten ännu.

För att arbeta preventivt ska omsorgspersonal som är närmast brukaren/patienten ha kunskaper i vårdprogrammet. De som är närmast brukare/patient i det dagliga arbetet ska ha rutin för observationer och rapportering till sjuksköterska. Det är ett område som verksamheten för hälso- och sjukvård och verksamheten för omsorgen i samverkan får titta närmare på för planering och utveckling.

6.8 Dokumentation och informationsöverföring

Verksamheten behöver få system för journalgranskning som en led i den egna kontrollen, detta för att se om dokumentationen av hälso- och sjukvården uppfyller kraven i regelverket. Journalgranskningen ska omfatta från när en ny journal upprättas i samband med hälso- och sjukvårdsåtgärder vid inflyttning till boendet. Därefter ska den pågående dokumentationen vara aktuell tills journalen avslutas. Det har visat sig att där MAS har tagit del av journaler i samband med avvikelse har dokumentationen varit otillräcklig. Inga journalgranskningar har genomförts under året. Loggkontroller, sker slumpmässigt 4 gånger per år. Det saknas redovisning för resultat.

Verksamheten har börjat använda sig av stödverktyget Senior Alert för att genomföra individuella riskbedömningar. Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg. Områden som riskbedöms är att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktninskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Verktöget hjälper till att planera och genomföra förebyggande åtgärder och följa upp åtgärder och utvärdera resultat. Då verktöget är för målgrupp över 65, Senior alert använts till ca 15 patienter på verksamheten. Det saknas redovisning på resultat.

Den 21 november 2017 kom en ny föreskrift från Socialstyrelsen – HSLF-FS 2017:67. Den innebär att kommunerna från den 1 januari 2019 är skyldiga att lämna statistik till Socialstyrelsen enligt KVÅ-koder om utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder.

På särskilt boende har utbildning pågått i IBIC - Individens Behov I Centrum, och hösten 2018 börjar de dokumentera digitalt enligt ICF- International Classification of Function. ICF och KVÅ hör delvis ihop eftersom en del av KVÅ-åtgärderna är ICF-relaterade.

Beslut om dokumentationsmodell i den kommunala hälso- och sjukvården har tagits för att tillmötesgå Socialstyrelsens krav. En arbetsgrupp tillsattes och plan inleddes för införandet. Sedan i slutet av mars 2018 har en arbetsgrupp för dokumentation i ICF/KVÅ arbetat med att ta fram ett sökordsträd och koppla KVÅ-koder till ICF-sökord. Vinsten med detta, förutom Socialstyrelsens krav, blir att vi kan följa vår egen åtgärdstatistik digitalt och att hälso- och sjukvårdspersonalen framöver använder samma ”dokumentationsspråk”. I samband med detta kommer den manuella papperskommunikationen ersättas av digital mellan personalgrupperna. Detta för att förstärka patientsäkerheten samt en säker personuppgiftshantering enligt GDPR.

Fortfarande förekommer brister vid informationsöverföring mellan vårdgivare (Region Stockholm och kommun). Vi har i dagsläget NPÖ, men där finns inte tillgång till alla ordinationshandlingar som t.ex. läkemedelslista. Vårdgivare (Region Stockholm och kommun) behöver se över möjligheten till utveckling för åtkomst till aktuella journaler och bättre digitala system.

6.9 Medicin tekniska produkter

Vårdgivaren är ytterst ansvarig för all hantering av medicintekniska produkter som förskrivs, ägs eller hyrs. Vårdgivaren ska genom riktlinje/direktiv säkerställa att det i ledningssystemet finns ändamålsenliga rutiner.

Verksamhetschef ansvarar för att förskrivning och användning av MTP sker på ett säkert sätt och att det finns ändamålsenliga rutiner.

Förskrivning och användning av MTP ska ske på ett säkert sätt och konkreta och ändamålsenliga rutiner för hantering av MTP ska finnas.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner upprättas för hur kontroller av och anmälan av fel på produkter ska ske. I detta ansvar ingår att se till att produkten omedelbart tas ur bruk vid fel.

Verksamhetschefen ska enligt vårdgivarens riktlinje/direktiv ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för bl.a. riskhantering avvikelsehantering och säkerställa att rutinerna om riskhantering och avvikelse- hantering är anpassade för avvikelser gällande MTP.

Under 2017 påbörjades arbetet med att inventera samtliga hjälpmedel, inventeringen har genomförts på alla enheter. All hjälpmedel är dokumenterat i en modul i verksamhetssystemet Procapita för medicintekniska produkter, kontroll sker årligen och ansvar ligger på resultatenhetschef i respektive enhet.

Under 2018 har skydds- och begränsningsåtgärder setts över. Under 2019 är det planerat för att se över att samtycke finns inhämtat i samtliga beslut för skydd-och begränsningsåtgärder. Detta gäller både på samtliga boenden och på daglig verksamhet.

Inspektion av lyftselen genomförs var 6:e månad, och målet var 100 % och det är uppnått.

6.10 Malnutrition (ofrivillig vikt förlust, ättsvårigheter och undernäring)

Inom LSS tillfaller ansvaret för dietist primärvården och vid behov ska sjuksköterska i samråd med patienten kontakta husläkarmottagningen. Alla medarbetare i våra boenden har fått information om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. För bättre och tydligare kommunikationskanal med omsorgs-/omvårdnadspersonal kring nutrition har rutin upprättats av enheten för hälso-och sjukvård. Rutinen är på gång med att förankras hos alla medarbetare för tillämpning. På boendena och daglig verksamhet har medarbetarna i samarbete med dietist fått ökat kunskap inom näringslära och ett hälsosamt liv. Arbetet kommer att fortsätta under våren 2019.

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9

Överenskommelse om ansvarsfördelningen och kostnadsansvar för huvudmännen, vårdgivare och personal finns antagen mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län.

Region Stockholm ansvarar för läkarinsatserna för målgruppen oavsett var de utförs.

Kommunen utför rehabilitering och habilitering i boendet/daglig verksamhet för målgruppen och prioriterar behovet. Specialiserad habilitering ansvarar landstinget för. För habilitering har verksamheten regelbundna gemensamma möten och besök hos brukaren.

Dokumenterad rutin för vårdssamverkan (Region Stockholm och kommun) finns. Av rutinen framgår det hur samarbetet ska ske mellan de olika vårdgivare som arbetar för målgruppen, på uppdrag av huvudmännen. Målet är att den enskilde får vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och Region Stockholms verksamheter. Verksamheterna inom kommun och Region Stockholm har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra.

Lokal samverkansöverenskommelse finns mellan kommun och den primärvård som patienterna är listade på. Uppdatering och uppföljning av överenskommelsen behöver planeras under 2019.

Interna samverkansrutiner mellan boende och enheten för hälso-och sjukvård och handlingsplaner kring de enskilda individerna finns. Likaså för kommunikation mellan legitimerat personal och omsorg/omvårdnadspersonal vid vårdplan och rehabiliteringsplan. Samverkan med ansvarig sjuksköterska är god. För bättre samverkan har sjuksköterska genomfört en del utbildningsinsatserna för personal. Som samordnare/personal på boendet ingår man i teamarbetet runt den enskilde.

Personal från boenden deltar i läkarbesök för informationsutbyte. Uppbyggd samverkan med t.ex. primärvård finns för de boenden som har behov av detta. Individuell planering och uppföljning samordnas i SIP, Samordnad individuell plan.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

8.1 Rapportering av avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Syfte med avvikelserapporteringen är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.

Inom social-och omsorgskontorets ansvarsområde för hälso-och sjukvård är det MAS som har anmälningsskyldighet till IVO(Inspektionen för Vård – och Omsorg).

Vid bedömning om allvarlig vårdskada ska det meddelas vidare till verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Inga allvarliga vårdskador har rapporterats till MAS från verksamheten under 2018.

Enheten för hälso-och sjukvård har arbetat med att öka medvetenhet för avvikelserapportering och att rapportering är självklarhet i förbättringsarbetet. Syfte med avvikelserapporteringen är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar avvikelser enligt MAS riktlinjer. Enheten för hälso-och sjukvård har kontinuerliga avvikelsemöten för att diskutera förbättringar och detta återkopplas till boendena. Enheten för boende tar del av resultatet och arbetar med de förbättringsåtgärder som berör dem. Verksamheten har fått bättre systematik för uppföljning av avvikelser. Vid upprepade avvikelser bjuder hälso-och sjukvårdsteamet in sig till de olika boendegrupperna för att diskutera och åtgärda avvikelserna.

Ett digitalt rapporteringssystem är på gång att utvecklas, där målet är att all personal ska kunna rapportera. Nu är det enbart legitimerat personal som kan rapportera i det digitala systemet och resterande personal dokumenterar i blankett som sedan dokumenteras i system av en behörig.

Sammanlagt har 119 vårdavvikelser rapporterats under 2018. Av dessa är 87 läkemedelsavvikelse, därav 72 utebliven dos. Läkemedelsavvikelse har förra året legat på 166.

Resterande område är följande:

- 12 avvikelser var Hälso-och sjukvårdsarbetsuppgifter
- 14 Informations överföring
- 1 samverkan
- 2 medicintekniska produkter
- 2 omvårdnad
- 1 fall

Vid varje administrering av läkemedel till patient ska det signeras i journal av den personal som utför aktiviteten.

Antal avvikande uteblivna signeringar för överlämnandet av läkemedel till patient har minskat från 1500 (2017) till 1441 (2018). Målet var att minska med 5 % vilket man uppfyller med råge i år.

8.2 Klagomål till patientnämnden

2 klagomål registrerades totalt hos patientnämnden för Södertälje kommun

8.3 Avvikelser till och från andra vårdgivare.

Inga ärenden har redovisats

8.4 Lex Maria

Ingen anmälan om Lex maria

8.5 Ärende från IVO

Inga ärenden har rapporterats

9 Förebyggande arbetet, Riskhantering

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamheterna ska genomföra riskanalyser när de ser brister i verksamhetens kvalitet och vill förebygga att händelser kan uppstå i framtiden. Risker ska identifieras genom att aktuella processer beskrivs för att därmed kunna bedöma riskens omfattning, hur ofta de uppstår och identifiera bakomliggande orsaker.

Riskanalys ska användas då ett flertal avvikelser med ingen eller ringa konsekvens har inträffat kring en patient eller en arbetsmetod.

Riskanalyser/-bedömningar utförs oftast i det patientnära arbetet vid inflyttning. Analysen omfattar skaderisk för den egna personen och omgivningen, förflyttnings- och hjälpmedelsbedömningar och för att förebygga exempelvis undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. För trycksår finns också ett framtaget utbildningsprogram som använts i de verksamheter där det funnits behov. Resultaten kommuniceras på konferenser ute på de olika boendena vad det gäller fall, trycksår och nutrition.

Riskanalyser behöver genomföras även på organisationsnivå vid organisations-/schemaförändringar i verksamheten.

10 . Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6 och Patientsäkerhetslag (2010:659)

Nya regler gäller från 1 januari 2018 för hur patienter och närstående ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna/verksamheten som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen.

När patienter eller närstående har lämnat ett klagomål bör verksamheten omgående bekräfta att de tagit emot det och svara på ärendet inom fyra veckor.

En broschyr ”Vi vill veta vad ni tycker” har tagits fram. Verksamheten behöver bli bättre på att tillkännagöra och tillämpa rutinen för införandet av den nya regeln. Rutinen ska kunna beskriva hur information går ut för att medborgarna ska kunna klaga/lämna synpunkt, hur hanteringen går till vid klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer enligt de nya reglerna. Det saknas redovisning för resultat.

Då verksamheten inte redovisar inkomna synpunkter/klagomål, är det tveksamt om det finns en rutin som verkligen kan samla in dessa. Det saknas redovisning för hur verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål.

Sammanfattningsvis är det MAS bedömning att verksamheten inte skapat system för klagomål och synpunkter fullt ut vilket verksamheten behöver utveckla under 2019.

11 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna ska ges möjlighet till att delta i patientsäkerhetsarbetet utifrån sin förmåga samt närstående när patienten önskar detta.

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

Samverkan med patient, närstående eller ställföreträdare görs då behov eller önskemål finns, och samtycke inhämtas för de möten som erfordras. Hälso-och sjukvårdspersonalen brukar oftast träffas vid fysiska möten då personal t.ex. fått förklara en funktion på ett hjälpmedel eller en verkan på ett läkemedel etc. I de fall där det finns behov upprättas en SIP(samordnad individuell plan). Dokumentation samt kontaktuppgifter i form av hälso-och sjukvårds kontakter, finns för varje brukare på enheterna.

12 Mål och strategier som planeras för 2019

- Arbetet med att höja kunskapen för att uppmärksamma vårdavvikelser och risker för vårdavvikelse kommer att fortsätta. Kunskapen om vad som är en avvikelse behöver öka.
- Se över rutinen för avvikelser. I Rutinerna ska det beskrivas vem som ansvarar för handläggning av ärendet. Se över nuvarande arbetssätt för att se över ledtiden från rapportering av avvikelse till handläggning.

- Samarbetsrutinen mellan hälso-och sjukvårdsorganisationen och den egna organisationen ska följas upp.
- Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att höja kompetens inom näringslära och ett hälsosamt liv.
- Hälso-och sjukvårdsteamet kommer under kommande 2019 göra sig mer kända på de dagliga verksamheterna.
- Verksamheten för personer med funktionsnedsättning kommer att arbeta med att öka kunskapen inom området hälso- och sjukvård.

Kompetensutvecklingsområden som planeras under 2019

- Utbildning i Inkontinens 7,5 Hp för sjuksköterska
- Förflyttningsutbildning för arbetsterapeut och fysioterapeut som vidare utbildar omvårdnadspersonal.
- Verksamheten kommer att arbeta mer med områdena, skyddskläder/arbetskläder, lyftteknik och förflyttningsteknik samt avvikelserapportering.
- Alla medarbetare i boendet ska få utbildning i näringslära. Ges i samarbete med dietist.

12.1 Handlingsplan med åtgärder

Utiifrån redovisningen i patientsäkerhetsberättelsen och verksamhetens egna utvecklingsområden som redovisas ovan ska verksamheten ta fram en handlingsplan med åtgärder. Handlingsplan med åtgärder ska vara klar för presentation till nämndsammanträde den 29 maj.