Södertälje kommun

2017-02-15
Tjänsteskrivelse

Kontor
Social- och omsorgskontoret

Handläggare
Jennie Enström
08-523 015 03

Socialnämnden

Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr SN 2017/006

Sammanfattning av ärendet

Kvalitetsrapport

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Enligt föreskriften ska *arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras*. Resultaten från det gångna årets kvalitetsarbete dokumenteras och analyseras i en så kallad kvalitetsrapport som redovisas till nämnden.

I kvalitetsrapporten för 2016 konstateras att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya och reviderade rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Patientsäkerhetsberättelse

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. Resultatet redovisas årligen till vårdgivaren, (nämnden), i en så kallad patientsäkerhetsberättelse.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Beslutsunderlag
Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-15.
Kvalitetsrapport daterad 2017-02-06.
Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-13
Bilaga 1 till patientsäkerhetsberättelse, daterad 2017-02-15

Ärendet
Kvalitetsrapport
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.*"

I kvalitetsrapportern för 2016 redogörs för uppföljning och resultat av det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens verksamheter. Rapporten innehåller statistik avseende lex Sarah-rapporter, inkomna avvikelser, resultat av individ- och verksamhetstillsyner, genomförd kompetensutveckling, egenkontroller samt en beskrivning av vilket förbättringsarbete som bedrivits utifrån brister som har uppmärksammats. Uppföljningen av nämndens verksamheter visar att det bedrivs goda, säkra och ändamålsenliga insatser. Det finns dock förbättringsområden att arbeta vidare med. Uppföljningen av övrigt kvalitetsarbete visar att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och rutiner

Patientsäkerhetsberättelse

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.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017:

- Förbättra och säkra kommunikationen mellan boendepersonal och sjuksköterska samt implementera rutiner för tydligare information.
- Upprätta och utveckla samverkansrutiner.
- Se över och förbättra vårdavvikelsehanteringsprocessen.
- Fortsätta arbetet med rutiner och utbildning, kring delegering för utdelning av läkemedel.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner kontorets kvalitetsrapport 2016.
2. Nämnden godkänner kontorets patientsäkerhetsberättelse 2016.

Lenita Granlund
Socialdirektör

Jennie Enström
Kvalitetsutvecklare

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet expedieras till:
Akten

Social- och omsorgskontoret

Södertälje kommun

Rapport 2017-02-06

Kvalitetsrapport

-Socialnämnden 2016

Jennie Enström
Kvalitetsutvecklare
SK

Innehållsförteckning

Innehåll

Sammanfattning 3
Inledning 3
Riskanalys 3
Egenkontroll 4
Drifttavlor 4
Avvikelser, synpunkter och klagomål 4
Missförhållanden enligt lex Sarah 5
Tillsyn och revision 6
Kompetens- och metodutveckling 7

Sammanfattning

Under 2016 har socialnämndens verksamheter arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner och nya arbetssätt. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017 för att ta kvalitetsarbetet till nästa nivå.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017 är:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och arbeta med rutiner

Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerade och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att förebygga brister och ta hand om synpunkter och klagomål för att minska risken för missförhållanden i verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. I de allmänna råden anges också att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsarbetet inom socialnämndens ansvarsområde för individ- och familjeomsorgen; Barn och ungdom (BoU), Försörjningsstöd (Fss), samt Vuxenenheten (missbruk och socialpsykiatri).

Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förebygga skador och andra negativa händelser. Riskanalys handlar dels om att kartlägga risker som finns i verksamheten just nu eller som kan tänkas uppstå genom en förändring. Denna typ av riskanalys görs på grupp eller organisationsnivå. Riskanalys handlar även om att analysera vad som hänt när något gått fel och dra lärdom av det enskilda fallet. Detta kallas händelseanalys.

Insatser inom verksamheterna ska hålla en god kvalitet och ge individen förutsättningar för att leva ett bra liv. Riskanalyser är ett bra sätt att säkerställa att det blir så. Det handlar bl.a. om:

- Att förebygga skador.
- Att hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och Öppna jämförelser.
- Att uppmärksamma och komma till rätta med problem kring insatser.
- Att regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.

Under 2016 har flera riskanalyser genomförts inom BoU. Utredningsenheten har gjort riskanalys avseende gruppchefsbemanning vilket lett till att bemanningen har ökat från tre till fyra gruppchefer. Barnöppenvården har gjort organisationsöversyn avseende start av en ny verksamhet och inför planerade ledigheter. Veckovisa riskanalyser görs också utifrån klientarbetet. Boendet har ändrat i rutiner och struktur för att minska risken för konflikter.

Vuxenenheten har gjort riskanalyser i samarbete med brukarorganisationer inför omorganisation. Andra riskanalyser har resulterat i förbättrade hälso- och sjukvårdsprocesser på boendena, förstärkning av personal i samband med nedläggning av mobila teamet samt förändring på Emyhemmets korttidsboende. Daglig riskgenomgång sker och leder till snabbare förbättringar vid avvikelser.

Försörjningsstöd har gjort fem riskanalyser angående ombyggnation, tillsättning av tjänster kring felaktig utbetalning, förändrad attestrutin, förbättring av gruppchefers uppföljning av handläggningen och justerad introduktion.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen ska utöva egenkontroll. Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet. Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt och kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat i ex. "Öppna Jämförelser", dels med andra verksamheter men också med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Inhämtande av synpunkter från andra intressenter eller ex. revisorer.

Drifttavlor

De flesta av socialnämndens verksamheter använder sig av olika typer av så kallade drifttavlor. Drifttavlorna är en del av verksamheternas egenkontroll och är ett sätt att konkret följa de viktigaste processerna i verksamheten. Det ger möjlighet att se och rätta till avvikelser på dag- och veckobasis. På drifttavlorna följer de olika verksamheterna till ex. ärendemängd, in- och utflöde, utredningstider, uppföljning av insats samt att brukare får de insatser som är beslutade.

Avvikelser, synpunkter och klagomål

I alla verksamheter inträffar avvikelser, det vill säga händelser som avviker från det som fastställts i processer och rutiner. Utöver detta inkommer även klagomål och synpunkter från ex. brukare och anhöriga. Klagomål avser att någon klagar på att verksamheten inte uppnår tillräcklig kvalitet och synpunkter avser övrigt som framförs, t.ex. förslag på förbättringar.

Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga skador och kvalitetsbrister. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar betyder det att det finns en kvalitetsbrist som verksamheten måste åtgärda. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder för att det inte ska upprepas. Det är av stor vikt att inte fokusera på vem som gjort fel, utan på vilka grundläggande kvalitetsförbättringar som behövs. När en avvikelse rapporteras är den ansvarige för verksamheten skyldig att uppmärksamma detta och vidta åtgärder, t.ex. se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga och följs för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

Det förekommer flest synpunkter, klagomål och avvikelser gällande utförande av insatser. De förbättringsåtgärder som vidtagits i samband med dessa är bl.a. utveckling och uppdatering av rutiner, förankring av gällande rutiner och motivationshöjande insatser.

Under 2016 rapporterade verksamheterna in 420 avvikelser vilket är att jämföra med 2015 då endast 163 avvikelser rapporterades. Ökningen tyder på att verksamheterna under 2016 arbetat mer systematiskt och strukturerat med avvikelsehanteringen. Det är dock tydligt att verksamheterna har kommit olika långt i sitt arbete med att rapportera och dokumentera klagomål, synpunkter och avvikelser. Många gånger får verksamheterna in klagomål och synpunkter som åtgärdas direkt och därför inte dokumenteras. Det finns en förbättringspotential i att gå från individsyn till systemsyn och att mer fokusera på att identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser inträffar. Upphovet till avvikelser finns oftast i systemet och om verksamheterna inte åtgärdar grundorsaken finns risk att de upprepar sig.

Myndighetsutövande verksamheter skiljer sig avsevärt från de utförande verksamheterna då antalet avvikelser, synpunkter och klagomål där är anmärkningsvärt få i förhållande till de utförande verksamheterna. En anledning till det skulle kunna vara att myndighetsutövande verksamheter kommunicerar sina utredningar och därigenom ger möjlighet för den enskilde att komma med synpunkter redan i ett tidigt skede. Möjligheten att överklaga är en annan tänkbar anledning till att antalet klagomål är färre. Det förklarar dock inte allt bakom de låga antalet avvikelser, synpunkter och klagomål som rapporterats, då antalet är anmärkningsvärt lågt utifrån verksamheternas omfattning.

Under 2017 kommer avvikelsehanteringen att utvecklas och systematiseras än mer. Avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten och personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta. Avvikelserna bör också analyseras på aggregerad nivå för att se om det finns frekvent återkommande avvikelser som ex. skulle kunna föranleda initiering av en riskanalys.

Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas i verksamheter inom socialtjänsten. Syftet är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att rapportera missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden.

Med missförhållande avses både utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra. Handlingen ska ha inneburit ett hot mot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa. Missförhållande kan exempelvis vara; övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Med en påtaglig risk för ett missförhållande avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett att ett missförhållande (SOSFS 2011:5 2 kap. 1 §) ska inträffa. Missförhållanden som bedöms som allvarliga ska anmälas till IVO.

Alla lex Sarah-rapporter ska utredas. Utredningen av en lex Sarah-rapport 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. Det är därför viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå. Syftet är inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen.

Enheterna arbetar aktivt med lex Sarah och informerar personalen kontinuerligt om rapporteringsskyldigheten och syftet med lex Sarah.

Under 2016 har fyra stycken lex Sarah-rapporter inkommit från Vuxenenheten. Efter utredning har dock ingen av dessa bedömts som missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah och hanterades i stället som avvikelser. Inga lex Sarah-rapporter har inkommit från övriga enheter.

Tillsyn och revision

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. Om inte annat framgår av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen ska tillsynen vara riskbaserad och granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet. IVO utför både generella tillsyner och granskningar samt tillsyn utifrån klagomål från enskild. Även JO genomför utredning efter klagomål från enskild.

Under 2016 har IVO genomfört 2 tillsyner på BoU avseende granskning av nämndens utredningar av familjehem och hantering av anmälningar där beslut fattats att inte inleda utredning. Utifrån dessa behöver enheten förtydliga referenstagningarna av blivande familjehem samt tydliggöra intervjuförfarandet. Under våren kommer en egen granskningsmall att arbetas fram utifrån de synpunkter som framkommit vid IVOs granskning och särskilda metodträffar är inbokade med samtliga familjehemssekreterare under hela året. Placeringsenheten behöver tydliggöra frågor kring våld, kriminalitet och missbruk i utredningarna.

IVO har gjort granskningar utifrån klagomål från enskilda vid två tillfällen för Vuxenenheten och vid fyra tillfällen för BoU:

Vuxenenheten – enskilt klagomål till IVO

Ärende	*Beslut*
Klagomål från anhörig kring handläggning	Beslut har inte inkommit från IVO.
Icke verkställt beslut arbetsrehabilitering.	Beslut har inte inkommit från IVO.

BoU – enskilt klagomål till IVO/JO

Ärende	*Beslut*
Klagomål angående handläggning kring faderskap.	Inga synpunkter från JO.
Klagomål att handläggare genomfört enskilt samtal med barn utan förälders närvaro.	IVO avslutar ärendet.
Klagomål från Allmännpsykiatriska rehabenheten kring otillräcklig och långsam handläggning.	IVO har inget att erinra.
Klagomål från förälder kring handläggning av	IVO bedömer att det finns skäl för nämnden att

barnet.	förbättra vissa delar av handläggningen i ärendet.

På uppdrag av revisorerna i Södertälje genomförde Ernst and Young under 2016 en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av lex Sarah och lex Maria. I rapporten konstateras att en grundläggande förutsättning för en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser och missförhållanden blir rapporterade. En granskning av nämndens kvalitetsredovisning och patientsäkerhetsberättelse visar att det finns en risk för underrapportering. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheten.

Social- och omsorgskontoret kommer under 2017 arbeta aktivt med avvikelsehanteringen samt hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av utvecklingsarbetet.

Brukarundersökningar

BoU och Vuxenenheten har deltagit i Sveriges Kommuner och Landstings nationella brukarundersökning under hösten 2016. Socialpsykiatrin har även genomfört en brukarundersökning på boendena.

Brukarundersökningar är en indikation på möjliga kvalitetsbrister i verksamheten och är ett bra verktyg att använda i det fortlöpande förbättringsarbetet.

Kompetens- och metodutveckling

Under 2016 har verksamheterna arbetat aktivt med olika typer av kompetensutveckling. Hur kompetensutvecklingen ser ut beror på verksamhetens och personalens behov och förutsättningar.

BoU har under året fortsatt sin stora utbildningssatsning kring Signs of Safety och även haft utbildningar kring ex. reviderade BBIC, socialrätt samt nätverksorienterat arbete.

Vuxenenheten har arbetat med metodutveckling på de flesta enheter, t.ex. CM/RACT som har berört stora delar av socialpsykiatrin. Egna utbildare/handledare har utbildats som handlett chefer och vissa personalgrupper i metoden. Vidare är Individual placement and support, (IPS), en stor satsning på enheten för arbetsrehabilitering.

Social- och omsorgskontoret

Södertälje kommun

2017-02-13

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare socialnämnden 2016

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Södertälje kommun

Innehåll

Sammanfattning 3
Inledning 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 5
Inspektionen för vård och omsorg 5
Patientnämnden 5
Boenden där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar 5
Uppföljning genom egenkontroll 5
Förbättringar som genomförts 2016 6
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 7
Risk- och avvikelsehantering 8
Anmälan till Patientnämnden 8
Anmälan enligt lex Maria 8
Inspektion för vård och omsorg 8
Klagomål och synpunkter 9
Samverkan med patienter och närstående 9
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2017 9

Sammanfattning

Vårdgivaren, (nämnden), ansvarar för vården inom kommunen där särskilt boendebeslut finns.

Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och förebygga skador och risker som kan orsakas av hälso- och sjukvården, samt hantera eventuellt redan inträffade skador.

Ledningssystemet för det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver kontinuerlig utveckling och är ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet. Systemet ska kopplas ihop med verksamhetens strategier och mål i det dagliga arbetet och öka medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet hos all personal. Det systematiska arbetssättet säkerställer god kvalitet i vården och säkerställer att de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter etc. uppfylls. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, (MAS), arbetar ständigt med att informera om att patientsäkerhet omfattar hela sjukvårdssystemet och att verksamheten ska arbeta systematiskt och i samverkan.

Verksamheten ska alltid sträva efter att öka systemperspektivet på förekommande tillbud och negativa händelser i vården. Detta ger personalen bättre stöd i det förebyggande arbetet med att öka patientsäkerheten i vården.

Medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet har ökat i verksamheten och daglig riskanalys och vårdavvikelserapportering sker på alla enheter. De risker som uppstår i det dagliga arbetet överläggs vid Tavelmöten[1] och på arbetsplatsträffar. Varje månad redovisas antal vårdavvikelser till hälso-och sjukvårdsenheten där sjuksköterska som delegerar till omsorgspersonal sedan informerar/utbildar personalen utifrån de vårdavvikelser som inkommit. Processen för inkommande vårdavvikelser och handläggningen kring dessa bör ses över och systematiseras i samverkan med hälso-och sjukvårdsenheten på äldreomsorgen. Ansvar och roller för avvikelsehanteringen bör förtydligas och dokumentationen av analys, åtgärd och uppföljning bör förbättras.

Granskning av läkemedelshanteringen genomfördes under 2016 på en enhet och verksamheten har fått vägledning i sitt utvecklingsarbete avseende hanteringen. För bättre förvaring av läkemedel har låsbara läkemedelsskåp installerats i de bostäder som bedömts vara i behov av detta och leverans av läkemedel från apoteket har säkrats. Blanketten för signering har förbättrats/förtydligats och signeringar av läkemedelsöverlämning har förbättrats avsevärt. Avvikelser avseende läkemedelshantering tas om hand omgående och förbättringar görs. Allmänt har läkemedershanteringen blivit förbättrats avsevärt.

Under året har det varit extra fokus på egenvården och dess bedömning. Rutinen för egenvårdsbedömning har förbättrats och bedömningen är gjord på samtliga patienter.

Tydligare riktlinjer för delegering har upprättats och verksamheten ska se över och ansvara för utbildningsmaterial samt uppföljning av arbetssättet.

---

[1] Mötesstruktur: Ett koordineringsmöte vid en tavla där syftet är att dela information för att var och en ska kunna utföra sina uppgifter effektivt och där risker, måldelning och aktivitetsplan synliggörs.

Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659) som regeringen antagit. Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada[2].

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att få en inblick i förbättringsarbetet kring en god och säker vård. Socialstyrelsens beskriver sin definition av patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: *"Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser".*

Vårdgivarna har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. De har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karaktäriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på verksamhetssystemet kring patienten istället för individen. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som skall fungera som barriärer.

I denna rapport redogörs för nämndens patientsäkerhetsarbete under 2016 och ger exempel på hur verksamheten arbetat med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som behöver utvecklas. För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå. Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående samt känner meningsfullhet i tillvaron.

Patientsäkerhet är

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- en del i det dagliga arbetet
- att kommunikationen är god i alla möten inom vården
- att kontinuiteten i kontakter med vården fungerar
- att patienterna är välinformerade om sin sjukdom, planeringen och om egenvården.

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som ändå drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområdena i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal avvikelser inträffar.

En framgångsfaktor för att lyckas i patientsäkerhetsarbetet är att involvera patient, närstående och personal till att delta.

---

[2]En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsyn av hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Patientnämnden är en del av landstinget men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Patienten kan skicka in synpunkter eller förslag till patientnämnden. Patientnämnden gör inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Den bidrar med att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre genom att beskriva, informera, reda ut och förklara.

Boenden där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar

Wasa gård	**Slåttervägen motivationsboende**	**Bragebo**	**Höjden**	**Iduns**
LSS-boende för psykiskt funktionsnedsatta	Samsjuklighet (psykiatri och beroende)	LSS-boende för psykiskt funktionsnedsatta	Psykosöppenvård	Samsjuklighet (psykiatri och beroende)
10 platser	8 platser	11 platser	9 platser	10-12 platser

Uppföljning genom egenkontroll

Respektive resultatenhetschef ansvarar för kvalitetsuppföljning på enheten och ska medverka i upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsuppföljning ska utföras systematiskt och vid behov. Resultatområdeschefen redovisar årligen patientsäkerhetsarbetet till MAS som analyserar och sammanställer den.

För att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut i verksamheterna och säkerställa kravet på god kvalitet behöver verksamheten se över och utveckla det lokala ledningssystemet för patientsäkerhet och dess uppföljning. Ledningssystemet för patientsäkerhet ska upplevas som ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet.

Uppföljning sker genom:

- Dagliga riskanalyser på alla enheter.
- Månatliga kontroller av läkemedelshantering.
- Direkt kommunikation med sjuksköterska avseende vårdavvikelser för akuta åtgärder
- Riskbedömningar och vårdavvikelserapporter tas upp vid Tavelmöten alternativt på arbetsplatsträffar.

- Gruppchef redovisar varje månad antal vårdavvikelser till hälso- och sjukvårdsenheten, sjuksköterska, resultatenhetschef, chef för legitimerad personal och för kännedom till MAS.
- Sjuksköterska bjuds vid behov in till boendegenomgång.
- Signeringslista för delegerade hälso-och sjukvårdsinsatser.
- Loggkontroller av journalsystemet Pro Capita och nationell patientöversikt, (NPÖ).
- Behovsbedömningsskattning var tredje till var sjätte månad eller efter behov.
- Kvalitetsuppföljningar per tertial gällande hela kvalitetsarbetet. Åtgärder planeras utifrån resultaten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) följer upp patientsäkerhetsarbetet genom risk-och vårdavvikelserapportering, klagomål/synpunkter på vården, journalgranskning, granskning av läkemedelshantering, möten, enkät, redovisningar, verksamhetsbesök, (tillsyn) och hygienronder.

Förbättringar som genomförts 2016

- Skriftliga rutiner för kontaktvägar finns nu upprättade på alla enheter.
- Behovsskattning utförs med alla klienter och insatser planeras utifrån resultatet. Den enskilde deltar efter förmåga i sin planering och uppföljning sker var tredje till var sjätte månad eller efter behov.
- Riktlinjer för läkemedelshantering finns lättillgängliga på enheten.
- Från mars 2016 köper verksamheten sjuksköterskетjänsten från äldreomsorgen vilket ex. medfört att kontrollen kring förbrukning av narkotiska preparat nu kan hanteras enligt riktlinjerna.
- Leverans av läkemedel från apoteket direkt till samtliga boenden har minskat sårbarheten och ökat säkerheten i medicinleveranserna.
- Samtlig personal och vikarier får utbildning inför läkemedelsdelegering.
- Blanketten för signering av överlämnande läkemedel har förbättrats/förtydligats.
- Signering för överlämning av läkemedel har förbättrats avsevärt och följs upp varje månad av sjuksköterska och gruppchef.
- Arbetskläder/skyddskläder finns för tillfällen då det behövs, t.ex. vid stöd med personlig hygien och städning.
- I överenskommelse med klienter som bedömts vara i behov av det, har låsbara läkemedelsskåp installerats i bostaden för bättre läkemedelsförvaring och för att säkerställa överlämnandet.
- Avvikelser avseende läkemedelshantering tas om hand omgående och förbättringar görs.
- För att få uppfattning om läkemedelshantering inom verksamheten har granskning av genomförts av farmaceut vid ett slumpmässigt valt boende och en åtgärdsplan har lämnats in. Granskningen har bl.a. lett till att rutiner kring behovsmedicineringen setts över och i vissa fall skärpts.
- Riktlinjen för läkemedelshantering har reviderats och en mer tydlig riktlinje för delegering är upprättad.

- All personal har fått hygienutbildning i samband med läkemedelshantering eller personlig vård.
- Egenvårdsbedömningar är genomförda på samtliga patienter och besluten är dokumenterade i patientjournal.
- Uppföljning av nyinsatta läkemedel och hantering vid behov av läkemedel har strukturerats. Sjuksköterskan har tagit upp hantering vid behov med läkare. Antalet vid behovsläkemedel har minskat drastiskt och mycket har bedömts som egenvård, (patienten sköter medicineringen själv).
- Omorganisation av sjuksköterskeketjänst som finns på äldreomsorgen har lett till att det fungerar mycket väl. Sjuksköterska ger ett gott stöd till personalen på boendena och därmed trygghet i mötet och vården/omvårdnaden kring patienten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan krävs för att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker omsorg, vård och rehabilitering inom rimlig tid i samband med överflyttning mellan olika vårdgivare. En grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera vid vårdens övergångar är att den information som behövs för patientens fortsatta vård, behandling, rehabilitering och omsorg överförs mellan vårdgivare både muntligt och skriftligt.

Samverkansrutiner:

- Individuell planering kring samverkan dokumenteras i vårdplan/SIP[3].
- En välfungerande samverkan med psykiatrin, (se beskrivning av ansvar och roller för verksamheten inledningsvis).
- En uppbyggd samverkan med primärvården och annan somatisk sjukvård för de boende som har behov av detta.
- Avstämningar mellan sjuksköterska och läkare på primärvården vid behov.
- Där behov finns och efter samtycke från klienten deltar personal i läkarbesök för informationsutbyte samt för att undvika missförstånd.
- Sjuksköterskan har ett nära samarbete med läkaren inom psykiatrin samt cheferna på boendeenheterna.
- Lokala rutiner för läkemedelshantering har tagits fram på enheterna
- Skriftlig samverkansöverenskommelse mellan enheten för hälso-och sjukvård (äldreomsorg) och socialpsykiatrin saknas vilket behöver upprättas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt rutin har all personal skyldighet att skriva rapport när en händelse upptäcks som medfört eller skulle kunnat medföra skada eller sjukdom hos patienten.

---

[3] Samordnad individuell plan är lagstadgad sedan 2010 i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §). Planen ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när insatserna behöver samordnas.

Vårdavvikelserapporter skickas till gruppchef för hälso-och sjukvård som ansvarar för analys, åtgärd och uppföljning av händelsen och återkopplar till berörda.

Risk- och avvikelsehantering

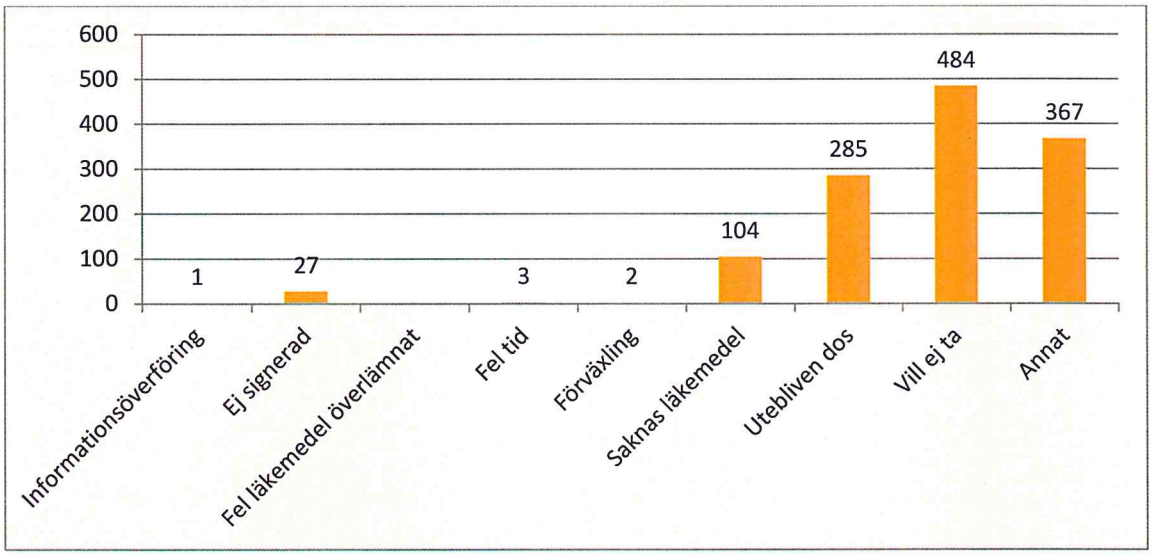
Verksamheten strävar efter att arbeta förebyggande för att eliminera vårdskador genom riskbedömningar och riskgenomgångar, dokumentation kring avvikelser samt förbättringsarbeten utifrån dessa.

På boendena synliggörs risker och vårdavvikelser vid Tavelmöten, där eventuella förbättringsåtgärder. Vid risk för eller misstänkt vårdskada kontaktas sjuksköterska av boendepersonal för hantering enligt rutin. Sjuksköterska beslutar om vilken medicinsk åtgärd som ska vidtas och återkopplar muntligt. Boendepersonalen dokumenterar kontakten i Procapita IFO.

Det som behöver ses över och utvecklas mer i verksamheten är ansvar och roller för avvikelsehantering i samverkan med hälso-och sjukvårdsenheten äldreomsorgen.

Då avvikelse inträffar kommuniceras det med berörd personal tillsammans med sjuksköterska och ärendet tas upp på APT för att förebygga liknande händelser.

Avvikelser som rapporterats fördelat på händelsetyper vid läkemedelsöverlämning



Anmälan till Patientnämnden

Inga ärenden har anmälts.

Anmälan enligt lex Maria

Inga allvarliga tillbud och negativa händelser har rapporterats till MAS.

Inspektion för vård och omsorg

Inga ärende har rapporterats.

Klagomål och synpunkter

Rutin finns på att inkomna klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens digitala system, brev, mail, telefon eller direktkontakt. Klagomål hanteras skyndsamt med återkoppling till rapportören.

Inga klagomål har inkommit om vården.

Samverkan med patienter och närstående

Patientlagen som trädde i kraft, 1 januari 2015, stärker och tydliggör patientens ställning för att främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen förtydligar att all information ska förmedlas utifrån varje patiens egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Finns inte möjlighet för hälso-och sjukvårdspersonalen att lämna information till patienten, så kan information lämnas till legal ställföreträdare.

Samverkansforum

- Möten med patient och i vissa fall tillsammans med anhöriga finns, där planering och det som är aktuellt tas upp och kommuniceras.
- PPI-utbildning[4] erbjuds klienter och anhöriga.
- Samtliga klienter har en egen samordnare utsedd som ansvarar för samordning, nätverksarbete, planering och uppföljning m.m.
- Sjuksköterska diskuterar behandlingen med patienten. Vid behov följer sjuksköterskan med på läkarbesök för att stötta patienten.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2017

- Utbildning i kost och hälsa kopplat till medicinering i samarbete med dietist planeras.
- Förbättra och säkra kommunikationen mellan boendepersonal och sjuksköterska. Rutiner för tydligare strukturer kring information ska implementeras.
- En dokumenterad samverkansrutin mellan enheten för hälso-och sjukvård och socialpsykiatrin behöver upprättas i samverkan. Likaså samverkansrutiner mellan kommunsjuksköterska och öppenvården.
- Omorganisation som för flera av boendena innebär en gemensam chef som enbart kommer ha ansvar för boendena. Gruppchefernas samarbete kring boendefrågorna kommer utifrån detta att förstärkas.
- Förbättringsåtgärder som framkom vid läkemedelsgranskningen kommer att åtgärdas. Det mesta är dock redan åtgärdat.

[4] Psykopedagogisk Intervention (PPI) är en evidensbaserad metod som bygger på en kombination av kognitiv beteendeterapi och familjearbete. Metoden riktar sig till alla viktiga personer runt patienten, som partner, föräldrar, barn och syskon.

- Verksamheten kommer att arbeta med att bedömningen av egenvården ska finnas dokumenterad för alla patienter.
- Rutin för ökade egenkontroller på enheten för hälso-och sjukvård kommer att tas fram och implementeras.
- Se över och förbättra vårdavvikelsehanteringsprocessen.
- Verksamheten ska beskriva tillgänglighet till sjukgymnast/fysioterapeut för de klienter/patienter som har särskilt boendebeslut.
- Hälso-och sjukvårdsdokumentation och loggkontroller av journalsystemet och nationell patient översikt, (NPÖ), behöver utvecklas på verksamheten då arbetsterapeuter och sjukgymnast/fysioterapeuttjänster finns i verksamheten.
- Fortsätta arbetet med rutiner och utbildning, kring delegering för utdelning av läkemedel.

BILAGA 1.
2017-02-15
Social- och omsorgskontoret

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Patientnämnden är en del av landstinget men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Patienten kan skicka in synpunkter eller förslag till patientnämnden. Patientnämnden gör inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Den bidrar med att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre genom att beskriva, informera, reda ut och förklara.

Ansvar och roller inom kommunen

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Vårdgivaren bedriver verksamheten, dvs. ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppnås och upprätthålls. Vårdgivaren har sitt stöd för patientsäkerhetsarbetet hos MAS. Vårdgivaren fastställer övergripande mål för systematisk patientsäkerhet, följer upp och utvärderar mål. Vårdgivaren bestämmer vilka uppgifter och skyldigheter verksamhetschefen ska ha inom sitt verksamhetsområde.

Socialdirektören har ett övergripande administrativt ansvar för att planera och leda hälso- och sjukvårdsarbetet. I ansvaret ingår även att tillsätta verksamhetschef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) ansvarar för att bevaka att patientsäkerhet upprätthålls i den hemsjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ska främja en öppen patientsäkerhetskultur samt följsamhet till lagar och författningar. MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar, att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger och att det finns riktlinje för risk, tillbud och negativ händelse. MAS initierar och anmäler om Lex Maria.

Verksamhetschef/resultatområdeschef har ansvar för kontinuerligt utvecklingsarbete, förbättra kvalitet och säkerhet för patienterna. Verksamhetschefen är

resultatansvarig och ansvarar för att leda verksamheten utifrån uppdrag/avtal. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Ansvarar för att underlag inkommer till MAS inom angiven tidsram samt att till MAS anmäla allvarliga tillbud och negativa händelser som skulle kunna föranleda anmälan enligt Lex Maria.

Resultatenhetschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, dvs. planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra. Ansvarar för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer. Ansvarar för att risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras och handläggs. Att alla medarbetare samverkar, engageras, har rätt kompetens och befogenheter.

Säkerställa att lagar, förordningar, nationella och regionala vårdprogram mm. efterlevs. Följa upp och revidera lokala rutiner så att de är aktuella.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Ansvarsfördelningen styrs av utbildning och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Alla medarbetare har skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet, följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och lokala rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Medarbetare ska också aktivt medverka i och främja utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt engagera sig för enhetens mål och uppnådda resultat.

Roller och ansvarsfördelning inom verksamheten socialpsykiatri

Samtliga klienter med särskild service inom socialpsykiatrin på Vuxenenheten är en del av Södertäljemodellen[1]. Det innebär att klienten är inskriven på någon av rehabiliteringsenheterna där landsting och kommun samarbetar integrerat med vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder.

På rehabiliteringsenheten finns specialistpsykiatrisk kompetens i form av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, psykolog samt skötare. På den kommunala sidan arbetar socialsekreterare, rehabiliteringsassistenter, boendestöd (för personer i ordinärt boende) och arbetsterapeut.
På boendet har varje klient sin samordnare/case manager som samordnar stödet, ansvarar för samordnad planering och uppföljning, nätverksarbete, behovsbedömning, kontakter med rehabiliteringsenheten, sjukvård och andra instanser mm.

[1] "Södertäljemodellen"– samverkan som startade med psykiatrireformen
http://www.gjusse.com/sodertaljemodellen-2012.pdf

Klienten/patienten har sin läkare, sin socialsekreterare och vid behov arbetsterapeut eller andra rehabiliterande och vårdande insatser på rehabiliteringsenheten. SIP[2] skrivs på rehabiliteringsenheten och genomförandeplanen görs på boendet. I övrigt har klienten/patienten även andra vårdkontakter, t.ex. primärvård. Samarbetsrutiner finns för dessa kontakter då de är en del av den kontinuerliga vården, t.ex. diabetesvård. De flesta som bor på boendena är listade på vårdcentraler i närområdet. På rehabiliteringsenheten har varje klient minst ett årligt besök hos läkare där basutredning görs och årlig hälsokontroll. Hälsosamtal utförs av kommun-sjuksköterska på vuxenenheten. Initiering till primärvårdskontakt görs vid behov. Resursgrupp runt varje klient finns och dessa är utformade utifrån det individuella behovet med t.ex. läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska och rehabiliteringsassistent. Gruppchefer på boendet ansvarar för att riktlinjer och rutiner följs. Från mars 2016 anskaffar verksamheten sjuksköterskeketjänsten från äldreomsorgen. Arbetsterapeut och fysioterapeut anskaffas av verksamheten.

[2] Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om det finns behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när samordning bör genomföras.