



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021- 03 - 01 Birgitta Larsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner, reviderad 202012

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten	3
Resultat som har uppnåtts.....	3
Inledning	4
Struktur	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar	5
Stödfunktioner	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Patienters och närståendes delaktighet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Synpunkter och klagomål	12
Egenkontroll	12
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	14
Risikanalys	14
Utredning av händelser - vårdskador.....	14
Informationssäkerhet	14
Strålskydd.....	15
RESULTAT OCH ANALYS.....	15
Egenkontroll	15
Klagomål och synpunkter.....	19
Mål och strategier för kommande år.....	19

Sammanfattning

Vårdgivaren Gnesta kommun är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Hög patientsäkerhet är ett krav och en kvalitetsfråga. En person som har kontakt med kommunens representanter ska känna sig trygg och säker. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

Att rapportera risker, tillbud och negativa händelser utgör grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet. Alla medarbetare inom förvaltningen har möjlighet att bidra till ett kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheten. Alla som upptäcker något som avviker från det normala eller avviker från vad som är överenskommet ska rapportera in avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva. Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshanteringen.

Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå av enhetschef som ska analysera och vidta åtgärder samt följa upp dessa. Vid allvarigare avvikelser kopplas Medicinskt ansvarig sjuksköterska in för att göra en internutredning. Externa avvikelser sker framför allt mellan kommun och region Sörmland och lyfts upp i olika samverkans forum med respektive huvudman. Båda avvikelseformerna har ett syfte att bidra till ett lärande och utveckling av kvalitén och patientsäkerheten.

Arbetet med att riskbedöma fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa och att registrera resultatet och åtgärderna i det nationella kvalitetsregistret Senior alert pågår i det dagliga arbetet.

Registreringen i Palliativa registret fortgår framöver och målet är att vi ska registrera alla uppgifter där vilket vi fortfarande inte har uppnått.

Målet med att komma under 11 timmar i nattfasta på särskilda boenden har uppnåtts.

År 2020 har varit ett händelserikt år för all hälso- och sjukvård då även den kommunala i och med pandemin.

Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Registrering i olika kvalitetsregister.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är utförd av farmaceut med åtgärdsplan.
- Läkemedelsgenomgångar.
- Årshjul för internkontroller uppdaterad av Medicinskt ansvarig sjuk-sköterska (MAS)
- Basal hygienutbildning via länk vid 2 tillfällen för hemtjänstpersonal initierad av MAS.
- En utbildning i basal hygien utfördes i Gnesta för ca 30 anställda. Inriktningen var med tanke på Covid-19 hur man undviker smittspridning och vilken sorts skyddsutrustning som skulle användas.
- Det har upprättats en pandemiplan med tillhörande bilagor.
- Stående möten varje vecka för avstämning hur Gnesta kommun planerat vidare i pandemins spår samt utvärdering hur det utvecklats från föregående möte.
- Tät kontakt med smittskyddsläkare i olika samverkansgrupper.

Resultat som har uppnåtts

Mycket bra resultat i nattfastemätningen 2020.

Inledning

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. God och säker vård, överallt och alltid, det är visionen för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet. Det gemensamma målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Den ska också stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhet är:

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

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. Presenteras sedan på nästkommande nämnd.

Struktur

Övergripande mål och strategier

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse, som ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår. I berättelsen ska det framgå vad verksamheten har vidtagit för åtgärder för att minimera risker och negativa händelser.

Enligt 3 kap 1 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna/brukarna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Detta möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Förvaltningen ska bedriva en trygg vård- och omsorg av hög kvalitet.

Mål:

- Förbereda införandet av IBIC, individens behov i centrum.
- Aktivt arbeta med intern och extern samverkan.
- Stödja den enskildes möjligheter till en meningsfull tillvaro.
- Öka tillgängligheten och ge jämlik service.
- Arbeta för att brukare/patienter ska vara delaktiga i sina insatsers utförande.
- Vård- och omsorg ska vara lättillgänglig och av god kvalitet och utformas i nära samverkan med brukare/patient och personal.
- Vård- och omsorg ska bygga på respekt för vårdtagaren och vara individuellt anpassad.
- Vård- och omsorg ska utföras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och förebygga ohälsa.
- Vård- och omsorg ska så långt som möjligt utföras i samråd med vårdtagaren eller om detta inte är möjligt i samråd med anhörig/närstående.
- Brukare/patienter ska ha en bra mathållning och måltider i en trivsamt och lugn miljö.
- Brukare/patienter ska ha en meningsfull tillvaro.
- Brukare/patienter ska kunna vara delaktiga och ha ett självbestämmande.
- Brukare/patienter ska känna sig trygga och säkra i kontakter med olika personalkategorier inom förvaltningen.
- Förvaltningen ska bedriva en trygg vård- och omsorg av hög kvalitet.

Alla medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Det ska finnas ett ledningssystem som ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personalen, brukare/patient och övriga medborgare. Tydligheten ska bilda en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Organisation och ansvar

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden styrs huvudsakligen av aktuella lagar inom socialtjänstområdet, dessa regleras genom kommunalfullmäktiges stadgar till nämnden. Nämnden styrs också genom de mål och uppdrag som ges av kommunalfullmäktige

Socialnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Socialnämnden i Gnesta kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård. Vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Ansvaret avser:

- Vård och- omsorgsboenden för äldre.
- Hemsjukvård för personer över 18 år och äldre, i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag.
- Korttidsvistelse samt växelvård.
- Demensdagvård.
- Bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SoL/LSS.
- Bostäder med särskild service enligt LSS.
- Daglig verksamhet och sysselsättning.

Socialchefens ansvar

Socialchefen har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamheten.

Verksamhetschef enligt Hälso-och sjukvårdslagens ansvar

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet samt rehabilitering ska det finnas en verksamhetschef som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektiviteten. 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 ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens så att de kan utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Ansvarar även för att MAS har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter, att MAS rutiner är kända och för att risk- och avvikelshantering efterföljs. Verksamhetschefen ansvarar för att MAS underrättas om risker och avvikelser. Och ser till att avvikelser följs upp i kvalitetsarbetet. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten är förvaltningens verksamhetschef i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

Verksamhetschef för ÄFH

Verksamhetschefen leder verksamheten utifrån Gnesta kommuns personalpolitiska program (PPP) och verkställer fattade beslut.

Utvecklar och planerar verksamheten på ett strukturerat sätt och ansvarar för områdets ekonomi och budget.

Ansvarar för att områdets enhetschefer och medarbetare följer samverkansavtal och tydliggöra politiskt fastställda mål och ramar så enhetschefer och medarbetare deltar i verksamhetens, förvaltningens och kommunens utveckling.

Verksamhetschefen ska ge enhetscheferna och medarbetarna förutsättningar så de kan utveckla sina resurser på bästa sätt till ett självständigt och engagerat ledarskap och medarbetarskap för att nå enheternas verksamhetsmål. Ansvarar för områdets arbetsmiljö enligt arbetsmiljödelegationen. Är delaktig i förvaltningens kvalitets-, utvecklings- och förbättringsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamheten upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS utövar sitt ansvar genom att kontrollera, bevaka och följa upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och att andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Vårdgivaren utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. MAS har delegation från nämnden att göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinskt teknisk utrustning med mera

Ansvar för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås. Ansvara för att uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Se till att det finns personal och utrustning som krävs för en god och säker vård.

Se till att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs upp.

Se till att medarbetarna får en adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling.

Att utifrån fastställda riktlinjer upprätta lokala rutiner för sin egen verksamhet.

Enhetschefen ansvarar för att följa upp avvikelser, analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personal som utför delegerade arbetsuppgifter efter att ha erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen, SoL, och lagstiftningen om stöd och service till funktionshindrade, LSS, ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.

Personal skall påtala fel och brister som upptäcks genom att skriva avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva. All hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sjuksköterskans ansvar

I de särskilda boendeformerna och i hemsjukvården finns sjuksköterskor anställda, de flesta är grundutbildade medan några har specialistutbildning såsom distriktssköterska. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar och i nära dialog med patientens läkare och övriga team. I sjuksköterskans uppdrag ingår att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade samt att övriga hälso- och sjukvårdsbehov lyfts och åtgärdas. Delar av detta arbete sköts via delegering till omvårdnadspersonal. Hälso- och sjukvårdsuppdrag som lämnas till omvårdnadspersonal att utföra skickas via vårdplan i verksamhetssystemet Treserva.

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeuts ansvar

Paramedicinsk personal har yttersta ansvaret för hjälpmedel, specifik rehabilitering med riktad träning och ingår i de team som arbetar nära patienten. Omvårdnadspersonal utför rehabiliteringsinsatser utifrån delegering/instruktion av paramedicinsk personal i vissa fall. Uppdrag skickas till omvårdnadspersonal via vårdplan i verksamhetssystemet Treserva.

Paramedicinsk personal utbildar omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik. Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp.

Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/delegering av legitimerad personal och utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser och avvikelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

Stödfunktioner

Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

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

Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner. Medborgare kan vända sig dit eller direkt till den som utfört den vård som finns synpunkter eller klagomål på.

Socialstyrelsen

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

Smittskydd/vårdhygien

Har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Det sker genom övervakning, information och utbildning.

Nära vård

Nära vård i Sörmland innebär att befolkningen i länet ska ha nära till vård och omsorg där de bor eller vistas. Vård och omsorg ska vara tillgänglig, såväl geografiskt som tidsmässigt. Regionens hälso- och sjukvård samt den kommunala vården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla god vård och omsorg till befolkningen i Sörmland. Att främja hälsa och förebygga sjukdom är viktiga uppgifter för närvården och arbetet sker i samverkan med många andra aktörer till exempel apotek, idrottsrörelse, skola och pensionärs- och patientorganisationer. Särskilt prioriterade inom närvården är personer med stora och komplexa behov. Exempel på sådana grupper är multisjuka äldre, kroniskt sjuka i alla åldrar, psykiskt funktionshindrade och personer i livets slutskede. Ett annat viktigt område är det förebyggande arbetet, till exempel barns hälsa.

Närvårdstruktur

Närvårdssamverkan organiseras genom att vårdcentraler, sjukhus och kommunernas vård och omsorg, skola och socialtjänst har mötesplatser på olika nivåer.

Närvård i Sörmland är en samverkan som genomför ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete som bedrivs kontinuerligt och långsiktigt. Forskning och Utveckling i Sörmland (FoU) arbetar för att stödja forskning och utveckling inom kommunernas och regionens verksamheter. FoU i Sörmland samarbetar med Mälardalens högskola, Centrum för klinisk forskning, Primärvårdens forskning- och utvecklingsenhet/PrimUS.

Fallpreventionsrådet

Rådet ska verka för att frågor om fallprevention uppmärksammas och för att ge verksamheterna stöd att säkerställa ett preventivt arbetssätt. Rådets sammansättning ska spegla det multiprofessionella teamarbetet, olika verksamheter samt olika vårdformer. Rådet ska verka för likvärdig vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap. Gnesta kommun har representant i rådet.

Nutritionsrådet

Ska verka för att frågor om nutrition uppmärksammas och ge stöd för att verksamheter i kommun och region ska kunna säkerställa en fullgod nutrition och en ändamålsenlig användning av nutritionsbehandling. Gnesta kommun har representant i rådet.

Palliativa rådet

Rådets uppdrag är att bidra till att säkerställa en god vård i livets slut på lika villkor oavsett bostadsort, boendeform, vårdform, ålder och sjukdom. Gnesta kommun har representant i rådet.

Rådet för vård och omsorg vid demenssjukdom

Rådets mål är att alla personer med demenssjukdom i Sörmland ska få personcentrerad vård och omsorg av god livskvalitet. Alla verksamheter ska följa det länsgemensamma programmet för målgruppen, för att demensvården ska bli likvärdig i hela länet oberoende av bostadsort, boendeform, vårdform och ålder. Gnesta kommun har representant i rådet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur Socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare.

Regionen och kommunerna i Sörmland har genom närvårdssamverkan arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte.

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Sörmland och kommunerna i Sörmland.
- Överenskommelse om palliativ vård i Sörmland.
- Överenskommelse om rehabilitering/habilitering i Sörmland.
- Överenskommelse om samarbete kring personer med psykiska funktionsnedsättningar.
- Överenskommelse mellan kommun, primärvård och tandläkare gällande uppsökande tandvård i Gnesta kommun.
- Regelbundna samverkansmöten med Gnesta vårdcentral.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilda boenden, hemsjukvård, bostäder med särskild service.
- Avtal med Smittskydd/vårdhygien. Hygiensjuksköterskor delas med de andra kommunerna i Sörmland.
- Avtal med Tandvårdsenheten i Region Sörmland om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning i munvård för personal

Gnesta kommun har representanter i:

- Läns gemensamma styrgruppen för närvård i Sörmland
- Palliativa rådet.
- Hygienrådet.
- Nutritionsrådet.
- Beredningsgrupp psykiatri, (BGP).
- Arbetsgrupp södra äldre, (ASÄ).
- Arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder (ASPF).
- Beredningsgrupp för hjälpmedel.
- Fallpreventionsrådet.
- Rådet för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Socialchefs nätverk.
- MAS/MAR nätverk, länsövergripande.
- Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV).

Läkarmedverkan

I Sörmland finns ett upprättat samverkansavtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård. Detta avtal har slutits mellan Region Sörmland och länets kommuner. Läkarsatsarna enligt detta avtal ska utformas så att de, genom god kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet skapar kommunala hälso- och sjukvården. Gnesta kommun har en lokal överenskommelse med Gnesta vårdcentral. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök på särskilt boende och i hemsjukvård.

Patienters och närståendes delaktighet

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående.

Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla patienter och anhöriga/närstående.

Informationen på kommunens hemsida ska hållas uppdaterad och all personal ska kunna informera om kommunens anhörigstöd.

Att vara anhörig, vän eller granne till någon som behöver ditt stöd för att klara vardagen kan ställa stora krav på din ork, tid och kunskap. Anhörigstöd kan genom personliga lösningar underlätta livssituationen och medverka till ökad livskvalitet - för dig och för den du stödjer/vårdar.

Socialnämnden i Gnesta betonar därför vikten av stöd till anhörig inom samtliga verksamhetsområden inom socialtjänsten.

För att förebygga vårdskador informeras om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Anhörigstöd

Anhörigstödet i förvaltningen är en förebyggande verksamhet. Verksamheten vänder sig till anhöriga som vårdar och stöder en person 18 år och äldre i ordinärt boende, vård och omsorgsboende eller boende med särskild service. Anhörigstödet erbjuder råd, stöd, samtal enskilt eller i grupp med andra anhöriga/närstående. Anhörigstödet vänder sig till alla medborgare som är folkbokförda inom Gnesta kommun. Då vår anhörigkonsulent slutat som anställd i Gnesta kommun har verksamheten dragits ned. Aktivitetssamordnaren sköter nu den verksamheten på ca 25 %.

- Information om möjligheter till hjälp och stöd från kommun och region.
- Rådgivning och personligt stöd.
- Någon att tala med.
- Efter önskemål genomförs det hembesök.
- Delta i anhöriggrupp där du får möjlighet att möta andra i liknande situation.
- Anhörigträffar.
- Anhörigkafé.

Samverkan med Gnestas medborgare

Verksamheten ska vara lättillgänglig för information till Gnestas medborgare. Information kan inhämtas på Träffpunkten, biblioteket/medborgarkontoret samt Powerhuset. Kommunens servicecenter kan hänvisa till var information kan inhämtas. Information finns även på kommunens hemsida.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen, därför ska all personal registrera avvikelser och händelser.

En avvikelse ska rapporteras av den som upptäcker att något avviker, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Avvikelsen dokumenteras i avvikelssystemet i Treserva.

Det kan gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och övriga områden, medicinskteknisk produkt och informationsöverföring med mera

Respektive enhetschef har ansvar för att utreda, åtgärda och följa upp avvikelser. Resultat ska redovisas på arbetsplatsträff.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer alla avvikelser i antal per kategori och gör internutredningar och analyser, samt anmäler allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Det är enhetschefens ansvar att personal får utförlig instruktion och kännedom om hur de ska använda avvikelshanteringen.

Rutin finns för hantering av avvikelser i avvikelssystemet i Treserva.

Verksamhetschefens ansvar (HSL)

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som kan säkerställa patienten behov av trygghet, kontinuitet och att samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Verksamhetschefen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Verksamhetschefen har ett nära samarbete med MAS.

- Händelseanalys – Avvikelsehantering enligt HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

MAS har ett nära samarbete med verksamhetschef för HSL.

- Händelseanalys genomförs- avvikelshantering enligt HSL.
- Hantering av händelse som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Synpunkter och klagomål

Ledningssystemet fastställer att klagomål som inkommer från patienter och anhörig/närstående besvaras av enhetschef, dessa utreds bland annat i kontakt med patient och/eller anhörig/närstående.

Klagomål kan komma i form av telefonsamtal, mejl, via patientnämnden eller IVO. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller IVO besvaras av verksamhetschef eller MAS.

Vårdgivaren har ett ansvar att utreda och besvara/återkoppla till den som har begärt ett yttrande. Ärenden har utretts och besvarats av verksamheten dit klagomålet/synpunkten är riktad.

En utredning av händelsen påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhörig/närstående, patientnämnden eller IVO får återkoppling/analys efter utredning.

Egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter under tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Egenkontroll	Omfattning	Redovisning
Avvikelser	Ska ske direkt av enhetschef då avvikelse kommit in. Mas sammanställer en gång i månaden Mas redovisar en gång per år	Avvikelsesystemet i Treserva Särskilt dokument för sammanställning Till socialnämnden i Patientsäkerhetsberättelse
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Hygien omklädningsrum Åsbacka hus 1	4 ggr per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygien i tjänstebilar för hemtjänst och hemsjukvård	6 gånger per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygienkontroll Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Ekhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Kortvården	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll läkemedelsrum Åsbacka	1 gång per år	Internprotokoll
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång per år per enhet	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Ekhagen	1 gång per år	
Kontroll läkemedelsskåp kortvården	1 gång per år	Internkontroll
Egenkontroller boenden LSS, hygien, läkemedel med mera	1 gång per år	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll

Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Senior alert, svenska palliativregistret, BPSD
Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård	Kontinuerligt	Prator, kontinuerlig uppföljning med regionen.
Interkontroller utifrån MAS Årshjul	Löpande	Internprotokoll

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för att säkerställa god och säker vård och omsorg, för framför allt äldre personer. De olika områdena är starkt kopplat till varandra.

Det nationella kvalitetsregistret Senior alert utgör stöd i vårt systematiska förbättringsarbete kring fall, nutrition, trycksår och munhälsa och möjliggör en utveckling av arbete med kvalitet och säkerhet i våra verksamheter.

Instrument för riskbedömning och åtgärder är evidensbaserade vilket är till hjälp för att erbjuda alla patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Det övergripande målet är att förebygga skada och främja hälsa hos den enskilde individen.

Alla individer som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller dålig munhälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. Arbetet med riskbedömningar görs i multi-professionell teamsamverkan där alla medarbetare deltar med sin del.

Riskanalys

Hälso- och sjukvårdsorganisationen genomför riskanalyser:

- Vid ändring av verksamheten.
- Vid personalbrist.
- Vid pandemi
- Inför sommarplaneringen.
- Som uppföljning efter avvikelser som lett till nya instruktioner och således bidrar till en förbättring i verksamheten.
- Risk för vårdskada rapporteras som en avvikelse som analyseras av MAS
- Risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedöms i standardiserade riskbedömningsinstrument i kvalitetsregistret Senior alert. Vid risk ska en bedömning av möjliga orsaker utredas och åtgärder ska sättas in.

Utredning av händelser - vårdskador

MAS har gjort internutredningar för att se om Socialförvaltningen har brustit i vården, om det har inträffat eller skulle kunnat inträffa en vårdskada. Efter inhämtande av uppgifter från alla berörda och analyser av händelserna har MAS konstaterat att förvaltningen inte brustit i vården och händelserna har därför inte gått vidare till IVO.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är den del av kommunens lednings- och kvalitetsprocess som handlar om hur verksamheten hanterar information. Informationssäkerhetspolicyn och särskilda informationssäkerhetsregler styr kommunens arbete kring informationssäkerhet.

Överföring av patientuppgifter sker i Prator mellan Regions Sörmland och Gnesta kommun. Verksamhetssystemet Treserva används även som mailkonversation mellan olika professioner när det gäller patientuppgifter.

Riktlinjer och rutiner

All personal inom förvaltningen ska ha vetskap om hur man söker riktlinjer och rutiner på Insidan vilket är enhetschefens ansvar att se till att den kunskapen finns. Detta är en del i inskolning av ny personal. En förutsättning för god och säker vård.

GDPR

Dataskyddsförordningen, GDPR (General Data Protection Regulation) trädde i kraft den 25 maj 2018 och ersatte personuppgiftslagen (PUL). GDPR syftar till att skydda den enskildes grundläggande rättigheter, särskilt rätten till skydd av personuppgifter.

Informationsöverföring, överenskommelse och riktlinje

Den

1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har beslutat och fastställt en länsgemensam överenskommelse om Trygg och effektiv utskrivning från slutet vård. Överenskommelsen ersätter tidigare regelverk om vårdplanering och betalningsansvar. Utifrån denna finns riktlinjer framtagna för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård i Sörmland. Riktlinjerna handlar om informationsöverföring, trygg hemgång, fast vårdkontakt och upprättande av samordnad individuell plan (SIP).

Strålskydd

Det är inte aktuellt att redovisa då Hälso- och sjukvården i Gnesta inte handhar dessa arbetsmoment

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Avvikelser

Årets redovisning innefattar alla verksamheter, områden och enheter samt alla tider på dygnet. Avvikelseregistreringen fungerar inte tillfredsställande varför resultat kan vara något missvisande. Registrering på fel enheter samt tidpunkter gör att statistiken för de olika enheterna inte stämmer. Det framkommer inte alltid vad som vidtagits för att händelsen inte skall upprepas endast att avvikelsen har tagits upp på APT.

Det går ibland mycket lång tid från att rapporten skrivits till att den börjar behandlas, även tid från åtgärd till avslut kan ibland bli lång.

Det har framförts att instruktionerna har varit bristfälliga därav har inte alla uppgifter och anteckningar gjorts i avvikelsesystemet.

Det har vid flera tillfällen under 2020 skett genomgångar för detta.

Vid analys av avvikelserna framkommer att dessa problem fortfarande kvarstår. En annan reflektion som MAS gör är att det troligen inte skrivs avvikelser i den omfattning det borde göras.

Redovisningar av avvikelser från MAS har tidigare endast innefattat områdena fall, läkemedel, omvårdnad och medicinskteknisk produkt och då också på enhetsnivå.

Det finns ett antal fler områden som registreras. MAS har tidigare inte redovisat dessa men väljer i denna Patientsäkerhetsberättelse att göra detta.

Avvikelsenamn	2020	2019
Arbetsrutiner	93	130
Bemötande	15	17
Dokumentation/Information	20	42
Fall	516	594
Fysisk miljö, utrustning och teknik	31	43
Insatser omvårdnad	61	268
Kost	4	2
Läkemedel	319	401
Medicinskteknisk produkt	7	22
Organisation	9	29
Transport	3	1
Vård, behandling och provtagning	20	25
Vårdrelaterade infektioner	1	1
Övergrepp	4	8
Totalt	1103	1582

Riktlinjer och rutiner

MAS har uppmärksammat att riktlinjer och rutiner flyttas från Insidan in i olika mappar i o-katalogen vilket innebär en stor risk att gamla riktlinjer och rutiner används. Det pågår ett stort arbete att uppdatera riktlinjer och rutiner vilket har försenats av pandemin men kommer att fortsätta under året. De riktlinjer och rutiner som läggs på Insidan ska endast ligga där och det kommer att läggas upp en särskild mapp för MAS där riktlinjer och övergripande rutiner kommer att ligga och det är endast de som kommer att uppdateras.

Hygienkontroller

Hygienkontroller har inte genomförts i den omfattning som planerat beroende på pandemin. Hygien i tjänstebilarna på hemtjänsten var under första halvåret 2020 mycket dåligt samt slarv med hanteringen av skyddsutrustningen. Mycket skyddsutrustning fick kasseras eftersom de hade hanterats på fel sätt. Har blivit bättre under hösten 2020.

Hygienkontroll i omklädningsrummen på Åsbacka har visat på mycket dålig vetskap om hygien och fel hantering av skyddsutrustning. Har bättrats något under hösten 2020.

Journalgranskning

Journalgranskningen har inte genomförts som planerat beroende på pågående pandemi. Arbetsuppgifterna under större delen av 2020 har koncentrerats på att klara av pandemin. Några stickprov har dock gjorts. Referenspersoner fattas ofta i journalerna.

Fallavvikelser

Efter att ha analyserat fallavvikelserna ses en minskning från förra året. Riskanalyser har gjorts och åtgärder har vidtagits för att minska fallrisken hos enskilda personer. Det är dock vanligt att det är samma personer som faller ofta och att alla åtgärder vidtagits för att det inte ska ske igen men ibland går det inte att förhindra. Paramedicin arbetar med uppföljningar och ev. byte av hjälpmedel eller nya förskrivningar. Att antalet avvikelser när det gäller fall har minskat är ju en positiv sak men MAS ser att antalet avvikelser i alla kategorier har minskat 2020 jämfört med 2019 och ställer sig frågande om man skriver avvikelser i den mån det ska göras.

Ärende hos patientnämnden

Gnesta kommun har haft ett ärende hos patientnämnden under 2020. Patientnämnden har tillsammans med socialförvaltningen gjort en utredning av ärendet som visade sig att det var ett missförstånd och inget som gick vidare till ytterligare utredning.

Analys av narkotikakontroll

Det har endast genomförts en narkotikakontroll under 2020. Resultatet visar att det fanns inget svinn på narkotika. Det har under året inte gjorts de månatliga narkotikakontrollerna som ska utföras, förklaringen kan vara att det har varit en pressad situation i samband med pandemin och då färre medarbetare. Det har varit så att en sjuksköterska samt en person till skall närvara vid kontrollen och dubbelsignera. Det förekommer även att narkotikaklassade läkemedel har sparats och/eller inte har blivit kasserade vid dödsfall. Dessa ska alltid kasseras och får inte lämnas till närstående.

Analys av nutrition/nattfastemätning 2020

Mätningen hösten 2020 är en lokal mätning som inte gjorts tillsammans med FOU.

Resultatet av nattfastemätningen är oerhört bra med ett medelvärde på 8,59 timmar som ligger långt under Socialstyrelsens rekommendationer att fastan ska understiga 11 timmar.

Mätningarna kommer att fortsätta varje höst, åren framöver. Fortsätta med nattmål samt förukost

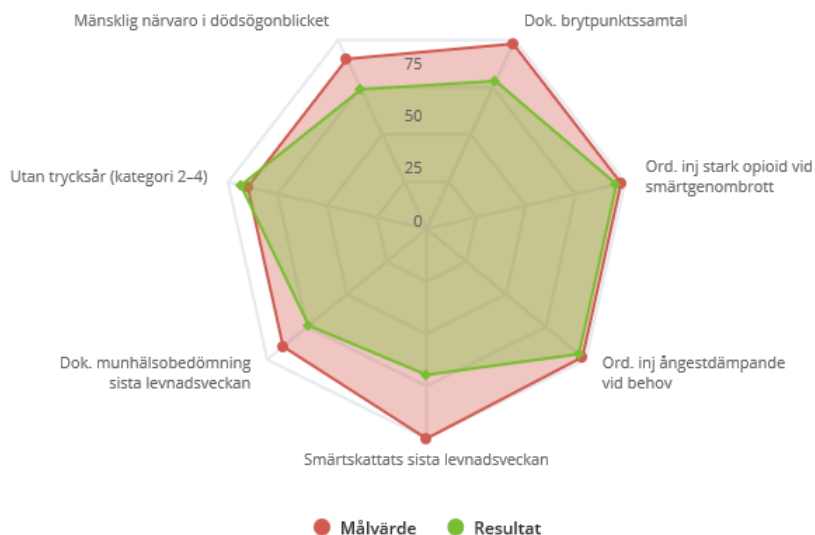
Nattfasteresultat

	Antal	Medel	Median
2020	68	8,59	8,45
2019	76	10,05	11,15
2018	75	9,95	9,67
2016	75	11,91	12,5
2014	79	12,12	13,0
2012	92	12,84	13,33

Analys av uppgifter i palliativ registret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



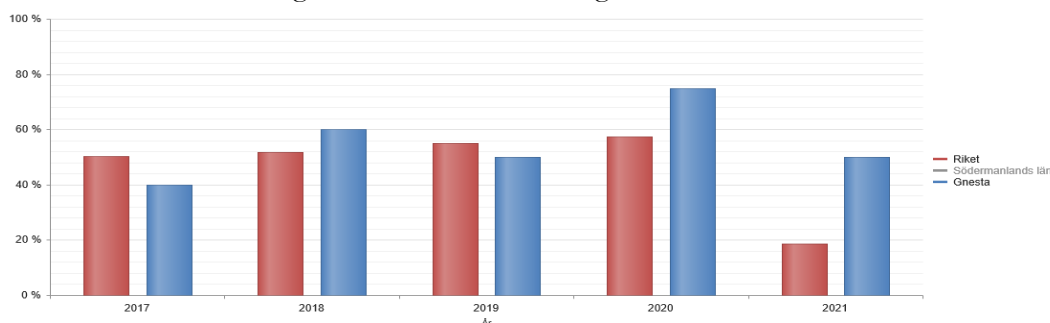
Detta är en modifierad rapport

Detta diagram bygger på 46 registrerade dödsfall under 2020. Om målvärdena skulle vara helt uppfyllda borde det gröna fältet vara lika stort som det röda.

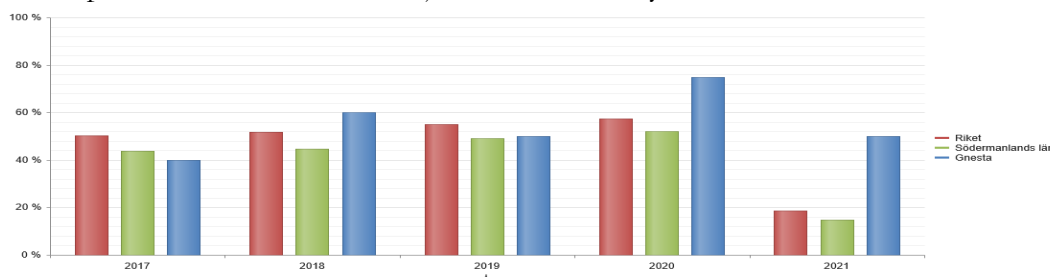
- Dokumentation av brytpunktssamtal har läkare ansvar för och om det inte meddelas till sjuksköterska kommer det inte med i statistiken därav kan det vara ett mörkertal om detta.
- Ordination på injektion smärtlindrande läkemedel visar på att alla som behöver det får det.
- Ordination av ångestdämpande fungerar väl.
- Smärtskattning sista levnadsvecka kan man förmoda att det görs i och med att ordination på smärtlindrande fungerar, det verkar vara så att det inte dokumenteras.
- Dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan dokumenteras inte fullt tillfredsställande.
- Trycksårsförebyggande åtgärder kan man se fungera tillfredsställande.
- Människlig närvaro i dödsögonblicket har inte full täckningsgrad vilket kan bero på att patient har tackat nej och vill vara själv annars ska man inte behöva dö ensam i Gnesta kommun

Analys av uppgifter i registret för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).

Gnesta kommun har registrerat 27 individer i registret under år 2020.



Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande läkemedel



Registreringar där multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen

Klagomål och synpunkter

Under 2020 har det av Kvalitetsteamet registrerats totalt 44 klagomål och 4 beröm. 58 % av klagomålen har inkommit till stöd och vägledning, 34% till verksamhetsområdet äldre, funktionsstöd och hälso- och sjukvård samt 8% till Administration och bistånd (varav tre beröm). Majoriteten av klagomålen har gällt handläggning-utredning, bemötande, respekt samt information. Åtgärder som gjorts inom förvaltningen är bland annat översyn av planering, upprättande av handlingsplaner, samtal med personal samt utbildning.

Händelser och vårdskador

Det har inte under år 2020 varit någon händelse om vårdskada eller risk för vårdskada som har föranlett vidare utredning av IVO.

Mål och strategier för kommande år

Mål:

Alla patienter ska få sina ordinerade läkemedel på rätt tid.

Strategi:

MAS kommer att lägga på förslag att läkemedelshantering läggs som en punkt på APT hos utförare. Förvaltningen måste bli mer uppmärksamma på antalet uteblivna läkemedel, det är inte acceptabelt att patienter inte ska få sina ordinerade läkemedel.

Mål:

MAS ska genomföra planerade internkontroller enligt Årshjul.

Strategi:

MAS ska genomföra alla internkontroller som är planerade/oplanerade tillsynsbesök beroende på vilka restriktioner som folkhälsomyndigheten (FHM) ger ut

Mål:

Fortsätta med bra resultat på nattfastemätningen.

Strategi:

Fortsätta med åtgärder såsom nattmål och förfrukost.

Mål:

Förtydligande av delegeringsförfarandet.

Strategi:

MAS kommer att upprätta en riktlinje angående delegeringsförfarandet för läkemedel, varje nyanställd ska ha arbetat 2 veckor och minst 8 arbetspass innan delegering kan ske.

Mål:

Alla anställda ska ha fått nödvändig information, inloggningar, lagar, riktlinjer och rutiner med mera innan första arbetsdagen. Detta är nödvändigt för att kunna utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt.

Strategi:

MAS föreslår till chefer att ha en tydlig checklista vad som ska göras innan nyanställkan börja sitt första arbetspass. MAS kommer att göra stickprov hos anställda för att ta reda på om de har alla inloggningar samt fått undervisning i de olika systemen som förvaltningen arbetar i. Detta i patientsäkerhetssyfte så dokumentationen utförs på rätt sätt.

Mål:

Att avvikelse registreringen/hantering kommer att fungera tillfredsställande i alla steg.

Strategi:

En flödesprocess är framtagen. MAS kommer att ge förslag på att detta går igenom 2 gånger på APT samt vid nyanställningar.

Mål:

Att arbeta mer med palliativa registret och få ett bättre resultat.

Strategi:

Kontinuerlig genomgång på sjuksköterskemöten.

Mål:

Att alla riktlinjer och rutiner är uppdaterade och presenterade på Insidan.

Strategi:

Systematiskt gå igenom de rutiner och riktlinjer och uppdatera dessa samt rensa de inaktuella både på Insidan och i O-mappen.