



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-19

Anette Danielsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

Sammanfattning	3
Struktur	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Samverkan för att förebygga vårdskador	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Systematiskt kvalitetsarbete	7
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
RESULTAT OCH ANALYS	11
Senior alert	11
Palliativa registret	12
Avvikelser	12
Mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier fastställt av socialnämnden

Att risk för fall, undernäring och trycksår hos patienter som har insatser från omsorgspersonal och/eller hälso- och sjukvård ska identifieras, bedömas och förebyggas

Att läkemedelsmisstag ska identifieras och förebyggas

Att ansvarig sjuksköterska och läkare gör läkemedelsgenomgångar enligt de fastställda länsövergripande rutinerna för kommunerna och landstinget

Att hälso- och sjukvård och omsorg som bedrivs i kommunen har god hygienisk standard och att de hygienriktlinjerna som finns fastställda ska följas

Att vård – och omsorgsinsatser ska vara väl samordnade utifrån den enskildes behov

Att risk för brist i kommunikation mellan professioner och mellan huvudmän identifieras och åtgärdas

En blick framåt

Att utveckla de förebyggande och hälsofrämjande insatserna för äldre är en angelägenhet inte enbart för nämnden utan för hela kommunen. För att klara det förväntade ökade behovet av vård och omsorg måste även satsningen på den digitala utvecklingen fortsätta.

Inledning

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. 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.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Socialförvaltningens mål är att fortsätta arbeta efter det systematiska kvalitetsarbetet för att skapa en god säkerhetskultur.

Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem.

Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetare på intranätet.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Socialnämnd

Socialnämnden i Torsås kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt socialstyrelsens föreskrifter, samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Avdelningschef Vård och omsorg

Avdelningschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamheten ska ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar, tillsammans med avdelningschefen, för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.

Områdeschefer

Cheferna har det övergripande kvalitet- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Chefer ska arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och sjuksköterska ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när en delegerad arbetsuppgift utförs.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt länsgemensamt.

Extern samverkan	Omfattning	Källa
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL) Samordnade äldregruppen	4 ggr/år 7 ggr/år	Regionalt styrdokument 2018: Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsade område hälso- och sjukvård, LGL
Videomöte Region (Torsås hälsocentral) och kommun	2 ggr/vecka	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samordnad Individuell plan (SIP)	vid behov	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Informationsöverföringsgrupp	2 ggr/år	Nyhetsbrev
Länsgrupp rehabilitering/habilitering	4 ggr/år	Minnesanteckning.
Analysgruppsmöte	4 ggr/år	Minnesanteckning
MAS/MAR och VC-nätverk	4–8 ggr/år	Minnesanteckning
Kommunernas hjälpmedels-samverkan (KHS)	8 ggr/år	12 kommuner samverkar genom gemensam nämnd

Intern samverkan	Omfattning	Källa
Teamträffar	Hemtjänst varannan vecka och SÄBO var fjärde vecka Varje vecka på korttid	Rutin Teamträffar
Biståndshandläggare, sjuksköterskor och arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut	5 dagar/v	Rutin Cosmic Link

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter/brukare och närstående har möjlighet att lämna sina åsikter på verksamheten via mejl, telefonsamtal eller på en särskild blankett med överskrift ”Säg vad du tycker”.

Vid samordnad individuell plan (SIP) är patient och eventuellt anhöriga/närstående delaktiga och vid utredning av allvarliga händelser har patient möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsehanteringen inom hälso- och sjukvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Enligt föreskrifterna är socialförvaltningen skyldig att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från medborgare och medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada i avvikelssystemet.

Systematiskt kvalitetsarbete

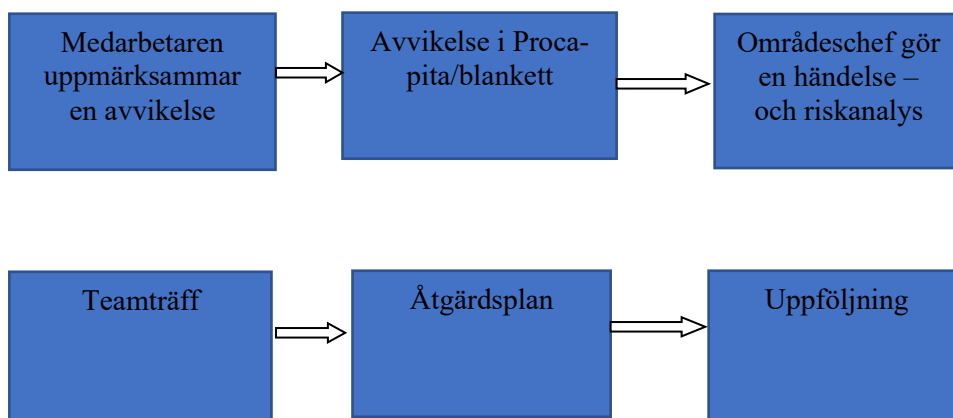
Avvikelser

En icke förväntad händelse som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för brukare ska registreras som en avvikelse.

En avvikelserapport ska i första hand fokusera på vad som inträffat och endast gälla den aktuella händelsen. Övrig information kommer fram i analysen.

Den ska skrivas av den som varit involverad i händelsen för att händelseförloppet ska bli så rätt beskrivet som möjligt. Rapporten ska skrivas så snart som möjligt i Procapita.

Avsikten med att identifiera fel och brister är att man ska kunna arbeta med kvalitetsutveckling på sin arbetsplats. Det är viktigt att betrakta inträffade avvikelser som möjlighet till förbättring. Grundsynen i avvikelssystemet ska präglas av stor öppenhet och det ska kännas viktigt med ett fortsatt arbete för att förbättra den enskildes säkerhet och trygghet och öka kvaliteten och patientsäkerheten.



Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Synpunkter kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev, telefonsamtal eller personligt besök.

Nationella kvalitetsregister

Hälso- och sjukvårdsenheten deltar i nationella kvalitetsregister. Registrering av bedömningar, skattningar och mätningar bidrar till ny kunskap om åtgärder som förbättrar livskvalitet och lindrar lidande. För att arbete med kvalitetsregister ska ge ett resultat krävs ett multiprofessionellt teamarbete.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till äldre personer (över 65 år) med ökad risk för att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens såsom aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar för personer med demens är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar omvårdnaden i livets slut. Resultatet används för att mäta omvårdnadens kvalitet i relation till definierade kriterier för god vård i livets slut enligt nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Systematiskt kvalitetsarbete

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser.

Avvikelser

Avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en viktig del av hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete för att säkerhetsställa god vård och omsorg.

Chefer ansvarar för att avvikelser hanteras enligt rutin.

MAS sammanställer statistik på en övergripande nivå och rapporterar till socialnämnd.

Informationsöverföring

December 2020 har Torsås kommun fått en utökad behörighet i Regionens journalsystem Cosmic. Behörigheten innebär att HSL-personal i kommunen, efter att patienten har gett samtycke till sammanhållen journalföring, får tillgång till den dokumentation som finns från primärvård och slutenvård. Detta innefattar journalanteckningar, läkemedelslista, provsvar med mera. Patientsäkerheten stärks men ger också en bättre tidsbesparing och effektivitet eftersom samarbetet ökar mellan de två huvudmännen och medför förståelse för varandras arbete. Det innebär också att kommunen nu kan göra egna beställningar av provtagningar samt göra läkemedelsförskrivningar genom Cosmics läkemedelsmodul för de sjuksköterskor som innehar förskrivningsrätt

Dokumentation

Dokumentationsskyldighet gäller för samtliga verksamheter. Arbete med att stärka den sociala dokumentationen pågår. Hösten 2021 är föreläsning *Individens behov i centrum*, inplanerad för medarbetare inom omsorgen.

Fortbildning inom dokumentation HSL kommer att prioriteras under 2021.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård och omsorg utgår från patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården innebär ett partnerskap mellan patient/närstående och personal inom vård, omsorg och rehabilitering.

Det är patientens behov som styr och inte huvudmannens organisation.

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård och omsorg.

SIP kan genomföras med eller utan den enskilde, men samtycke måste alltid finnas från den enskilde. Har man blivit kallad till SIP, så är man ålagd att delta.

Resultat har visat på en ökad patientsäkerhet när patienten och de olika professionerna samlas och i samråd med patienten planerar och dokumenterar de insatser som ska utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna ska genomföras. Arbetsättet bidrar till personcentrerad vård.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

För att säkerhetsställa informationsöverföringen mellan vårdgivare har legitimerad personal behörighet att ta del av journal som registrerats hos region och privata vårdgivare. Tillgång till information ökar förutsättningarna för en god samordning mellan vårdgivare.

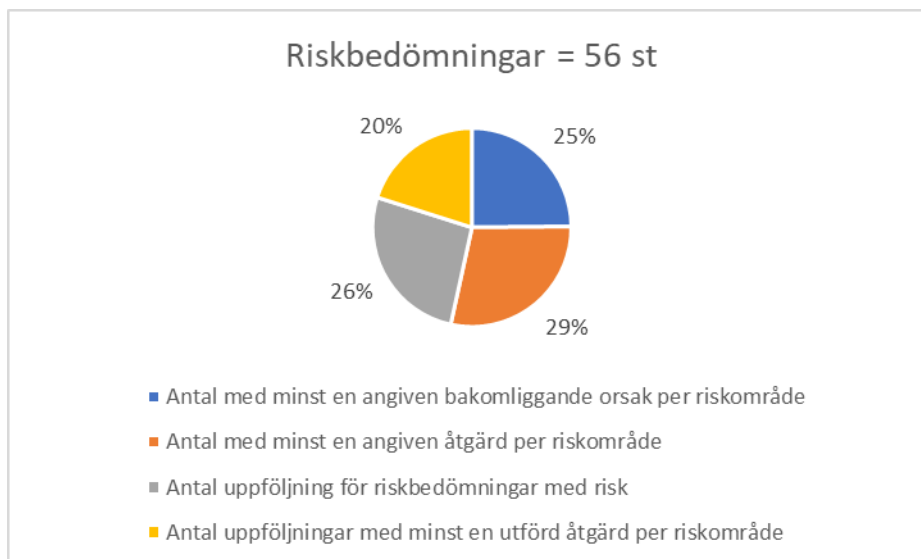
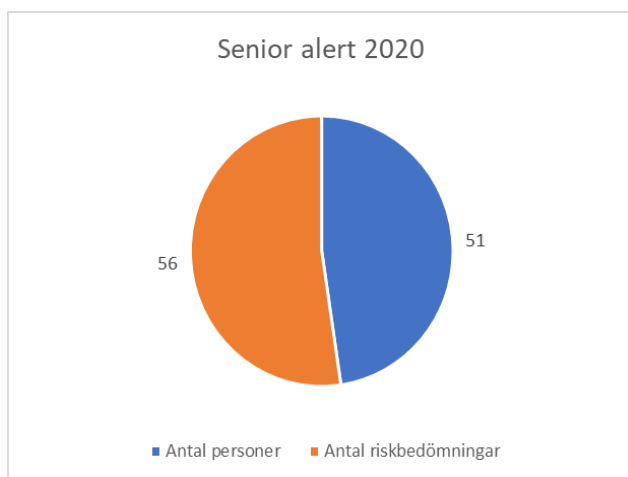
RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Senior alert

Antalet registreringar är lågt i förhållande till antalet boende på särskilt boende. Riskbedömningarna som är genomförda 2020 är gjorda på Mariahemmet (46 individer) samt Solgläntan (5 individer). Enligt gällande rutiner från 2017 ska det genomföras två riskbedömningar/år, detta mål är inte uppnått. Det genomfördes endast två riskbedömningar på 10 % av brukarna.

Sjuksköterskorna uppger att en orsak till det låga antalet bedömningar är oklarheter i fördelning av uppgifter och brister i kontinuitet. Inga registreringar i hemsjukvården är genomförda, orsaken är ej analyserad.



Palliativa registret

Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård. Diagrammet visar sju kvalitetsindikatorers andelsvärden under vald period, samt respektive målvärden. Dessutom redovisas uppgifter om mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Sammanfattningsvis är den palliativa vård som ges vid vård i livets slutskede god, utvecklingsområde är smärtskattning och munhälsobedömning.

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	51,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	59,2
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	88,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	78,4

Avvikelser

Samtliga avvikelser behandlas inom organisationen, framför allt på Teamträffar men också genom kommunikation mellan områdeschef och MAS. Sammanställning görs kvartalsvis av MAS. Antalet fallrapporter de senaste åren har varit omkring 500, år 2020 509 st. Viktiga åtgärder är översyn av läkemedel, förändringar i närmiljön eller ordination av hjälpmedel. Det förebyggande arbetet är en brist vilket finns med i verksamhetens mål.

Mål och strategier för 2021 - 2022

Med hänsyn till pandemins påverkan på samtliga verksamheter har följande mål formulerats utifrån verksamhetsplanen 2021;

Säkerställa att nationella kvalitetsregister följs;

- Senior alert
- Palliativa registret
- BPSD

Solgläntan; Påbörja registreringar

Mariahemmet; Utbilda administratörer maj -21, påbörja registreringar.

Hemtjänst/LSS; Utbilda administratörer höst 21/vår 22.

Läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomfördes 2019. Under 2020 genomfördes ingen granskning på grund av rådande omständigheter. Målet är att genomföra planerade granskningen våren 21.

Teamsamverkan

Teamträffar syftar till samverkan mellan olika professioner utifrån patientens behov. Under pågående pandemi har vi tvingats avstå från teamträffar och målet är att under våren 21 återuppta dessa.

Avvikelsehantering

Det pågår en genomlysning av avvikelseprocessen och vi arbetar för att stärka riskanalys samt åtgärdsdelen. Det planeras även utbildning för om-sorgspersonal samt områdeschefer.

Social dokumentation

Arbeta med att stärka den sociala dokumentationen pågår. Hösten 2021 är föreläsning *Individens behov i centrum*, inplanerad för medarbetare inom om-sorgen.