



Datum för upprättande av dokumentet och ansvarig för innehållet.

200207 Kara Milton, verksamhetschef

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse SoL, LSS och HSL 2019

Framtagen av socialförvaltningen

Datum 2019-12-17

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse SoL, LSS och HSL 2019

Innehåll

Bakgrund	2
Organisation och ansvar	2
Processer och rutiner	2
Samverkan och delaktighet.....	2
Systematiskt förbättringsarbete	3
Rapporteringskyldighet	3
Klagomål och synpunkter	4
Brukarundersökningar	5
Egenkontroll	5
Risikanalys	6
Informationssäkerhet	6
Händelser och vårdskador.....	6
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	6
Dokumentation	6
Trycksår.....	6
Validerad smärtskattning i livets slutskede.....	7
Verksamhets specifika åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Mål och strategier för kommande år	7

Bakgrund

Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att verksamheternas kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren varje år innan den första mars skriva en patientsäkerhetsberättelse. 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 §.

Organisation och ansvar

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av kvalitetsarbetet på olika nivåer.
Verksamhetschef genomför i samverkan med sjuksköterska och medarbetare egenkontroll 2 gånger per år. De brister som framkommer registreras som förbättringsområden i ledningssystemet. Därefter diskuteras åtgärder i passande forum beroende på inom vilket område bristerna finns, exempelvis i ledningsgrupp eller på kvalitetsråd.

Beskriv de forum verksamheten har där verksamhetens kvalitetsfrågor tas upp.
Ledningsgrupp för övergripande kvalitetsfrågor, lokala kvalitetsråd på respektive enhet där vi går igenom samtliga avvikelser och diskuterar åtgärder. Detta möte hålls ca en vecka innan APT. På APT presenteras en sammanfattning av antalet avvikelser och vissa ärenden lyfts för gemensam diskussion, för att besluta om ev. rutinändringar för att förebygga att liknande saker händer igen.

Har verksamheten ombud inom speciella områden, exempelvis sårvård, och i så fall inom vilka områden.
Hygienombud, två per enhet.
Kostombud/matansvariga, tre per enhet.
Brand- och larmansvarig, en per enhet

Processer och rutiner

Beskriv de processer och rutiner som har kartlagts/ reviderats under året.
Kontaktmannaskap, inflyttningsrutiner, rutin för mottagande av boende på återhämtningsplats, rutin för delegering och introduktion av omvårdnadspersonal, avvikelserapportering, Lex Sarah. Rutin för kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut.

Samverkan och delaktighet

Beskriv era viktigaste samverkanspartners för att säkra en god kvalitet för brukare/patienter.

Förvaltare, gode män och anhöriga. Uppsökande tandvård, Region Gotland, tandvården i Burgsvik och Hemse. Handläggare och chefer på funktionshinderenheten, Region Gotland. HSL: psykiatriska kliniken i Visby, Hemse vårdcentral, konsultläkare Lennart Skoglund, psykiatrisjuksköterska Lars Björkdahl, Klara kompetens, arbetsterapeut Gunilla Bendelin, Norlandia samt fysioterapeut via Totalhälsan Visby.
Social samverkan: FormGotland, RSMH, Strandkyrkan i Burgsvik, Fiket i Burgsvik, konstnär Ami Bjurwill.

Beskriv verksamhetens rutiner för att säkra samverkan med ovan nämnda parter.

Hur kontakt med närstående, gode män och förvaltare hålls görs upp med respektive boende i samråd med deras kontaktpersoner i verksamheten. Detta skall dokumenteras i genomförandeplanen. Kontaktpersonerna ansvarar för att kontakt hålls med tandläkare, om inte den boende själv kan hålla den kontakten. Uppsökande tandvård kontaktar själva verksamheten inför årligt besök.

Samverkan med handläggarenheten sker företrädevis genom verksamhetschef.

Kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut tas vid behov per telefon eller mejl, detta kan göras antingen av kontaktperson eller sjuksköterska. Omvårdnadspersonal kontaktar Klara kompetens för sjuksköterskeärenden på jourtid.

Sjuksköterska kontaktar konsultläkare/Hemse Vc/psykiatriska kliniken vid behov.

Sociala kontakter hålls av de boende själva, eller genom kontaktpersoner.

Beskriv hur brukare/patienter och deras närstående ges möjlighet att medverka i kvalitetsarbetet.

På Karlshäll har vi sedan tidigare boenderåd varje månad. Under vårterminen 2019 infördes detta även på enheten i Havdhem. På boenderåden finns möjlighet att informera om verksamhetens utveckling, planera verksamhetens aktiviteter etc. Där har de boende även möjlighet att lyfta för dem viktiga frågor.

Det finns även möjlighet att lämna klagomål och synpunkter anonymt via ett formulär, antingen via hemsidan, eller på papper som kan lämnas i en brevlåda på vardera enhet.

Systematiskt förbättringsarbete

Beskriv verksamhetens systematiska arbets sätt för kvalitetsfrågor.

Avvikelse skrivs direkt i ledningssystemet Sharepoint. Ett mejl går då direkt till verksamhetschef, som kan bedöma om åtgärd behöver sättas in direkt, eller om det kan vänta. Avvikelse som gäller HSL diskuteras direkt med ansvarig sjuksköterska.

Vi har kvalitets- och arbetsmiljömöte var sjätte vecka, där vi går igenom samtliga avvikelser plus ev. synpunkter och klagomål som inkommit. Detta görs på båda enheterna, var för sig. Medarbetare från både dag och natt medverkar tillsammans med skydds-/arbetsmiljöombud, sjuksköterska och verksamhetschef. Diskussioner förs om åtgärder/revidering av befintliga rutiner och ev. upprättande av nya rutiner. En sammanställning från mötet ges på APT som infaller nästkommande vecka. Vissa ärenden lyfts där för gemensam diskussion, för att besluta om ev. rutinändringar för att förebygga att liknande saker händer igen.

Rapporteringsskyldighet

Beskriv hur avvikelserapporter sammanställs och analyseras.

Sammanställning av antalet avvikelser och allvarlighetsgrad sker månadsvis i samband med verksamhetens månadsuppföljning, då Vd Lina Fransson tar del av detta. Även ev. klagomål och synpunkter redovisas på detta sätt. Informationen tas sen vidare till styrelsen.

Gör en samlad analys av avvikelser utifrån både SoL och HSL, samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

Det har rapporterats totalt 174 avvikelser under året, av väldigt varierande händelsetyper och allvarlighetsgrad. Bifogar lista över dessa. Vi har haft en del mindre allvarliga hot och

våld-situationer som vi kommit fram till att vi till stor del kan förebygga med ett annat bemötande. Vi hoppas kunna minska dessa händelser genom att implementera arbetsättet lågaffektivt bemötande, där vi kommer att analysera varje boendes tidiga tecken på affekt, men också deras triggers, så att vi i största möjliga mån kan förebygga situationer som den boende har svårt att hantera. En hel del läkemedelsmissar har också rapporterats och vi jobbar hela tiden med att förtydliga läkemedelsrutinerna i verksamheterna. Avvikelse som rör bristande omsorg handlar ofta om att det är otydligt vad man ska hjälpa en specifik boende med på t.ex. en s.k. Hemmadag, eller på en kvällsinsats. Detta skall avhjälpas med tydligare genomförandeplaner och tydligare dokumentation. Insatser för detta är inplanerade under våren 2020.

Beskriv verksamhetens rutiner för att säkra att all personal känner till skyldigheten att rapportera avvikelser som har medfört eller som kan medföra risk för missförhållande samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Vi går igenom rutinen för avvikelserapportering i samband med nyanställning. All tillsvidareanställd personal har fått tillgång till ett digitalt utbildningspaket där Lex Sarah varit ett kapitel. Därutöver går vi igenom rapporteringsskyldigheten och vår rutin för hantering av Lex Sarah och Lex Maria på APT 1g/år.

Klagomål och synpunkter

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via externa myndigheter tex Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats. Genomgång av inkomna klagomål sker i samband med månadsuppföljning, då Vd närvarar. Klagomål och synpunkter rapporteras i avvikelssystemet och analyseras på samma sätt som övriga avvikelser.

Ge exempel i tabellen kring inkomna synpunkter och vidtagna åtgärder. Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Exempel på inkomna synpunkter	Vidtagna åtgärder
Boende påpekar att olika nattpersonal har olika regler för tillgång till allmänna utrymmen på Karlshäll, sena kvällar och nätter.	Gemensamma regler som beslutats på boenderåd samt APT.
Flertalet grannar i Burgsvik har haft oönskade besök av en av de boende under vårterminen och sommaren 2019.	Ökad närvaro av personal runt denne boende, för att förhindra att han går in på andras mark.
Flertal rapporter från personer i bygden som uppmärksammat att en av de boende gått upp på vägen och ställt sig framför bilar och lastbilar som kommer körande.	Ökad närvaro av personal runt denne boende, för att förebygga och förhindra detta riskbeteende.

Brukarundersökningar

Beskriv styrkor och förbättringsområden samt ge exempel på något eller några förbättringsområden som man arbetat med utifrån brukarundersökningen.

Genom Region Gotland har våra brukare haft möjligheten att svara på en brukarundersökning som undersökte områdena självbestämmande, trygghet, bemötande och trivsel. Gotlands Vård hade en svarsfrekvens på 87,8%.

Det högsta resultatet var under område Trygghet, där 82,6% visste vem de skulle prata med om de kände att något var dåligt hemma. Å andra sidan var de flesta mindre bra resultaten inom områdena Trygghet och Bemötande. Som exempel var det 36% som svarade Ibland eller Ofta på frågan om de kände sig rädd för något hemma. På frågan om de kände sig trygga med personalen svarade 34% Några eller Ingen. 31% svarade Ibland eller Nej på frågan om de känner att personalen bryr sig om dem. Inom området Självbestämmande svarade 27% Ibland eller Nej på frågan om de fick den hjälp de vill ha hemma. Å andra sidan så svarade 79,4% ja på frågan om de fick bestämma över saker som är viktiga för dem hemma.

Även om de allra flesta känner sig trygga och väl bemötta på Gotlands Vård så har vi lite att jobba på inom de områdena. Likaså inom området självbestämmande. Vi jobbar aktivt med att ge de boende större inflytande över sin vardag genom att arbeta fram tydligare genomförandeplaner och att lyfta deras egen roll i sin tillvaro. All personal har under hösten genomgått en heldagsutbildning inom lågaffektivt bemötande, ett arbets sätt som vi fortsätter att implementera i verksamheten under våren 2020. Personalen har haft möjlighet till handledning var sjätte vecka under året, förutom under semesterperioden.

Egenkontroll

Beskriv verksamhetens rutiner för att kontinuerligt genomföra egenkontroll.

Gotlands Vård utför egenkontroller två gånger per år, en gång på våren och en gång på hösten. Ett frågeformulär i ledningssystemet Sharepoint där vi går igenom befintliga rutiner för alla tänkbara områden inom vår verksamhet. Det område där vi har flest brister är inom dokumentation och detta kan härledas till det dokumentationssystem vi haft de senaste åren, som inte varit tillräckligt utvecklat är en säker HSL-dokumentation.

Redogör i tabellen för områden som omfattas av egenkontroll samt resultat av dessa.

Egenkontroll	Omfattning	Resultat
Basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Arbetskläder till all personal har köpts in under året.
Dokumentationsgranskning	2 ggr/år	Bristande dokumentation inom både SoL och HSL
Psykosocial skydds rond	1 g/år	Området säkerhet och hälsa fick låga/halvbra resultat. I övrigt generellt goda resultat.
Medarbetarundersökning	1 g/år	Genomgående höga poäng
Skydds rond	1 g/år	Bristande arbetsmiljö ffa kopplat till en boende i Havdhem som haft om-

		fattande omvårdnadsbehov, men inte haft en handikappanpassad lägenhet. Detta är åtgärdat genom en omfattande renovering och anpassning av annan lägenhet dit den boende flyttat.

Risikanalyis

Beskriv både utifrån SoL och HSL hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Risk vid ensamarbete hemma hos boende. Vi har säkrat upp med bättre larm-telefoner som har en larmknapp för personalen, om man behöver akut hjälp.

Informationssäkerhet

(Gäller privat verksamhet)

Redogör för den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Vi har haft ett dokumentationssystem som inte stöttat en korrekt HSL-dokumentation. Det har brustit i att det inte gått att upprätta vårdplaner, vilket gjort att det varit svårt att följa upp olika omvårdnadsåtgärder t.ex. I princip har det bara gått att skriva omvårdnadsanamnes och -status, men man har inte kunnat koppla ihop olika omvårdnadsanteckningar för att få överblick över den boendes omvårdnadsbehov och vad omvårdnadsåtgärderna haft för effekt. Byte av dokumentationssystem 2020-01-01.

Händelser och vårdskador

Gör en samlad analys från utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Vi har inte haft några sådana händelser under året.

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Utifrån mål och strategier i socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse för 2018, beskriv vilka åtgärder som har vidtagits och resultat ni uppnått för att öka patientsäkerheten inom följande områden.

Dokumentation

Finns dokumenterat samtycke i de fall skyddsåtgärder förekommer?

Delvis. Det är väldigt svårt att följa/få en överblick i dåvarande dokumentationssystem.

Trycksår

Hur stor andel av patienterna hade trycksår i höstens PPM? Vilka åtgärder har vidtagits under året för att minska andel trycksår hos patienter?

Vi har inte deltagit i PPM. Vi har inga pågående trycksår, och har haft en boende med trycksår grad 1 vid något tillfälle under året, men som behandlats och läkt.

Validerad smärtskattning i livets slutskede

Hur stor andel av de patienterna som avlidit har fått en validerad smärtskattning? Vilka åtgärder har vidtagits för att ökad andel utförda smärtskattningar?

Vi har endast haft ett dödsfall under 2019 och den personen avled väldigt plötsligt så där gjordes ingen smärtskattning inför döden, då vi inte kunde förutse detta.

Verksamhetsspecifika åtgärder för att öka patientsäkerheten

Beskriv övriga utvecklingsområden/ åtgärder som har vidtagits och resultat ni uppnått för att öka patientsäkerheten inom övriga områden.

Vi har under året pga pensionsavgångar bytt både konsulterande läkare och sjuksköterska. Detta har påverkat känslan av trygghet hos de boende, men egentligen inte påverkat patientsäkerheten på ett negativt sätt. Under en period har vi endast haft vikarierande sjuksköterska, men i december började en ny sjuksköterska sin anställning hos oss. Denne har en bredare akademisk utbildning än tidigare sjuksköterska, vilken kan komma att öka kvaliteten på sikt. Vi har tack vare dessa förändringar fått tillfälle att jobba igenom våra rutiner för kontakt med sjukvården och jobbar på att öka patientsäkerheten genom nya samarbeten med primärvård och specialistvård.

Vi har genomfört utbildningar för all personal, där vi gått igenom SoL och HSL, samt patientsäkerhetslagen och patientlagen för att öka kunskapen om de boendes rättigheter när de bor hos oss på Gotlands Vård. Detta har ökat medvetenheten om vikten av de boendes delaktighet och medgivande kring hur de vill ha stöd och hjälp i sin tillvaro. All personal har genomgått en endagarsutbildning inom lågaffektivt bemötande som arbetsverktyg.

Mål och strategier för kommande år

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

Vi kommer under 2020 att uppföra korrekta HSL-journaler i vårt nya dokumentationssystem SafeDoc. Vi kommer att utföra och registrera riskbedömningar för de boende som bedöms sköra, samt för alla boende >65 år, inom de områden som finns upprättade i kvalitetsregistret Senior Alert.

Vi har även som mål under året att få till ett tydligare och bättre samarbete med primär- och specialistvård för att de boende skall få vård på rätt vårdnivå och där vårdpersonalen har tillgång till tidigare hälso- och sjukdomshistoria.