

Patientsäkerhetsberättelse 2015

LSS-hälsan Stockholms stad

Anne Höjer, verksamhetschef enligt HSL
Isabella Bjerke tf Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning

Enheten för hälso- och sjukvårdsinsatser, LSS-hälsan, startade sin verksamhet 2015-10-01. När Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) infördes 1994 överfördes hälso- och sjukvårdsansvaret från landstingen till kommunerna. Enligt lagändringen skulle kommunerna ta över hälso- och sjukvårdsansvaret för personer tillhörande personkrets 1 och 2 som hade insatsen boende eller daglig verksamhet. Kommunerna i Stockholms län överenskom dock med Stockholms läns landsting att de skulle behålla sjukvårdsansvaret inom LSS-verksamheten och denna överenskommelse har varit gällande till 2015-09-30.

Denna patientsäkerhetsberättelse avser perioden 2015-10-01 - 2015-12-31 och präglas av uppbyggandet av en ny verksamhet. Arbetet har huvudsakligen bestått av att säkra vårdinsatser gentemot de patienter som LSS-hälsan har ansvar för, överföring av information, upprättande av strukturer, gränsdragning gentemot andra huvudmän och samarbetspartners, it och telefoni samt personalförsörjning. Kvalitetssäkerhetssystemet har vuxit fram under denna tre-månaders period men behöver utvecklas ytterligare och arbete pågår.

Under perioden har en verksamhetschef avslutat sin anställning efter en månad, en inhyrd verksamhetschef har därefter drivit verksamheten fram t.o.m. 31 januari 2016. Ny verksamhetschef tillträdde sin anställning den 1 februari. Även den tillförordnade MAS:en slutade under hösten och en inhyrd MAS har upprätthållit tjänsten fram tills ordinarie MAS börjar den 1 mars.

Bemanningen var ursprungligen 15 sjuksköterskor och har ökat till 19 sjuksköterskor vid årets slut. Rehabpersonalen består av 4 sjukgymnaster och 4 arbetsterapeuter. Verksamheten är stadsövergripande men är fördelad på 4 geografiska områden.

Under perioden har några sjuksköterskor slutat men nya har rekryterats. I avvaktan på att de skall komma i tjänst har bemanningssjuksköterskor hyrts in varför verksamheten har haft full täckning.

Övergripande mål och strategier

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

Verksamheten arbetar för att den enskilde skall få en säker och tillgänglig hälso- och sjukvård. Vården skall vara likvärdig oavsett var man bor i Stockholms stad och man skall mötas av en kunnig

personal. Lika villkor skall råda och resurserna skall fördelas efter behov oavsett kön. Patientsäkerheten skall vara hög och kvalitetsledningssystemet skall vara implementerat i hela verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för kvalitet och säkerhet i verksamheterna genom att utarbeta riktlinjer för läkemedelshantering och dokumentation samt rutiner för avvikelser och anmälan om skador (lex Maria). MAS är även ansvarig för att beslut om att delegera ansvar för utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten. MAS fungerar som ett stöd i utvecklingen av den hälso- och sjukvård verksamheten har ansvar för samt är ansvarig för att patienterna ges den vård och behandling som ordinerats av läkare.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för formulerandet av verksamhetsmål samt uppföljning och analys av resultaten. Verksamhetschefen ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjer och vägledande dokument är väl kända i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalen inom LSS-hälsan ansvarar för att arbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt verkar inom ramen för verksamhetens ledningssystem. Detta innebär en medverkan i det systematiska kvalitetsarbetet.

Risikanalys

- Stadens dokumentationssystem Vodok kräver omfattande insatser avseende såväl teknisk support som introduktion och utbildning, vilket kan medföra brister i kontinuitet och kvalitet i hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- PR-vård, utförare av verksamhetsområdets hälso- och sjukvårdsinsatser under jourtid, har inte tillgång till Vodok. Att kommunicera via fax och telefon medför ömsesidiga svårigheter och kan leda till brister i informationsöverföringen mellan vårdgivarna.
- Läkare knutna till vissa vårdcentraler har inte utfört hembesök i gruppbofasta efter kommunens övertagande, vilket har inneburit brister i patientsäkerheten för berörda

patienter. Detta problem har framförts till hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), vilka hanterat situationen.

- Gränsdragningsproblem förekommer mellan LSS-hälsan och habiliteringen vad gäller arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas uppdrag. Detta kan leda till att patienter "hamnar mellan stolarna" och inte vet vart de ska vända sig. Risken finns att de inte erhåller de insatser de har rätt till.
- Ansvarsgränserna för förskrivning av hjälpmedel mellan Landstinget och Stockholms stad är otydlig vilket kan medföra förseningar vid förskrivning av hjälpmedel.

Hantering av klagomål och synpunkter

- De insatser som utförs av LSS-hälsan ingår enligt Hälso- och sjukvårdslagen i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS. Under hösten 2015 sändes information om LSS-hälsans uppdrag till samtliga berörda brukare, anhörig och gode män inom staden. Utförligare informationsmaterial samt blankett för klagomål och synpunkter planeras under 2016 till ovan nämnda målgrupp.

Brukarundersökning

- Staden genomför varje år en brukarundersökning inom funktionshinderområdet. Enkäten kommer under 2016 att kompletteras med frågor avseende kännedom om och nöjdhet med hälso- och sjukvårdsinsatser i bostad med särskild service enligt LSS.

Samverkan

- LSS-hälsan kommer under 2016 att delta i samverkansmöten som anordnas inom psykiatri nord och innerstadsstadsdelarna.
- Samverkan med habiliteringen påbörjades under 2015 och kommer att intensifieras under 2016. En styrgrupp har bildats på ledningsnivå liksom en arbetsgrupp för att förtydliga respektive verksamhets uppdrag samt klargöra hjälpmedelsfrågan.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

- Ständigt förbättringsarbete pågår genom skapande av rutiner och ansvarsfördelning utifrån underlag från KSL.

- Rutin för avvikelshantering avseende händelser, utredning av vårdskador och anmälan av allvarliga vårdskador är framtagen. En standardiserad avvikelseblankett kompletterar materialet. Rutin för avvikelshantering är förankrad i LSS-hälsan och i LSS-verksamheterna.
- Uppföljning av rutinarbete sker med hjälp av rutinen för avvikelshantering samt regelbundna möten med rehabteam, sjuksköterskor, MAS, verksamhetschef och projektledare.
- Sjuksköterskan har regelbundna möten med enhetschef för LSS-boendet samt husläkare. Förbättringsarbete pågår.
- MAS förvarar utredning av händelse i pärm för regelbunden uppföljning, statistik och utvärdering i verksamheten.
- Händelser rörande brister i vårdkedjan; externa vårdgivare och PR vård, förvaras i pärm för regelbunden uppföljning, statistik, utvärdering och förbättringsarbete.
- Regelbundna samverkansmöten med PR vård hålls för genomgång, handläggning och utvärdering av rapporterade avvikelser. Dessutom sker kontroll av följsamhet i avtal och rutiner.

Uppföljning genom egenkontroll

SFS 2010:659 5 kap.2 §

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso-och sjukvården ligger till grund för kommunens läkemedelshantering. Föreskriften ska tillämpas när kommunen har tagit över hela eller delar av ansvaret för läkemedelshanteringen från den enskilde. Läkemedelshanteringen ska hålla hög kvalitet och tillgodose den enskildes behov av trygghet i vård och behandling. LSS-hälsan har identifierat att ett flertal LSS-verksamheter saknar separat läkemedelsskåp för patientens originalförpackningar för vid behovsmediciner och narkotikaklassade läkemedel.

Enligt framtagen läkemedelshanteringsrutin inom LSS-hälsan, ska originalförpackningar för vid behovsläkemedel och narkotikaklassade läkemedel med narkotikajournal, förvaras i separat låst skåp från iordningställt läkemedel. Endast sjuksköterska har tillgång till läkemedelsskåp för

originalförpackningar. Förbättringsarbete påbörjat enligt lokal rutin.

- Rutin är framtagen gällande ansvar för kontroll av patientbundna narkotikaklassade läkemedel
- Rutin är framtagen för kassaktion av läkemedel och stickande och skärande
- Standardiserat utbildningsmaterial vid delegation finns
- Standardiserade signeringslistor finns
- Standardiserad pärm tas fram under våren 2016 för patientens läkemedelslista och aktuella signeringslistor. Pärmen kommer att förvaras i patientens läkemedelsskåp
- Förbättringsarbete påbörjat enligt lokal rutin.
- Lokala rutiner med ansvarsfördelning framtaget utifrån underlag KSL.
- LSS-hälsans MAS kommer att delta i MAS-gruppen i Stockholm stad.
- Förvarings- och gallringsrutiner för delegeringsbeslut och hälso-och sjukvårdsjournal är framtagna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap 6§, 7 kap.3§p3

- MAS har ställt krav att PR-vård ska dokumentera i Vodok enligt avtal. Arbete pågår för att ge deras sjuksköterskor behörighet.
- Rutin är framtagen för akuta och planerade läkarkontakter. Bilaga till rutinen är en informationsblankett som följer patienten mellan vårdgivare, för att säkerställa informationsöverföring för patientens vård och behandling. Rutinen är förankrad hos avdelningschefer i LSS-verksamheter.
- Lokala rutiner skapade utifrån KSL kostnadsunderlag. T.ex. ansvarsfördelning beställning av PEG, hjälpmedel och kompressionsstrumpor.
- Samverkansmöten med habiliteringen gällande uppdrag och insatser pågår för att skapa tydlighet.
- Samverkansmöte med PR-vård 1ggr/månad. Inkomna avvikelser är en stående punkt.
- Faxnummer är förprogrammerade för att förhindra att fax med personuppgifter skickas till fel mottagare.
- MAS har via IT-enheten efterfrågat möjligheter att ta ut statistik på avvikelser från respektive stadsdelarna i Vodok modulen.

**Hälso- och sjukvårdspersonalens
rapporteringsskyldighet**

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

- Hälso-och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten visas omtanke och respekt.
- Enligt patientsäkerhetslagen och ledningssystem för kvalitetsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.
- All hälso-och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera avvikelser för att öka patientsäkerheten.
- Sjuksköterskorna på LSS-hälsan hämtar regelbundet, registrerar och handlägger avvikelse rapporter från LSS-verksamheterna. Detta sker för att identifiera risk för vårdskador och följsamhet i läkemedelshanteringen. Mottagare är verksamhetschef och MAS. Vid allvarliga händelser kontaktas MAS och verksamhetschef även muntligen.
- MAS kommer från den 1 mars in i avvikelsemodulen med samtliga accesser.
- Avvikelser gällande PR-vård förvaras i pärm hos MAS.
- Avvikelserna faxas till PR-vård. Återkoppling till LSS-hälsan på samverkansmöte som hålls 1 g/mån. Återkoppling sker även till berörd LSS-verksamhet.
- Brister i vårdkedjan gällande externa vårdgivare förvaras i pärm hos MAS. Kopia skickas per post till ansvarig extern vårdgivare.

Sammanställnings och analys

SOSFS 2011:9, 5 KAP. 6 §, 7 kap.2§

Verksamheten har varit i gång sedan 1 oktober 2015. All personal anställdes den 1 september och efter en månad gick verksamheten igång i full drift. Ett antal rutiner har skapats under perioden men då både verksamhetschef och MAS lämnade sina uppdrag under hösten har tillfällig MAS och tillfällig verksamhetschef drivit verksamheten med vetskapen om att man skall lämna sitt uppdrag. MAS:en har påbörjat ett gediget arbete för att skapa riktlinjer och rutiner som skall vara hållbara över tid. Kvalitetsledningssystemet kommer att fortsätta utvecklas och implementeras i verksamheten.

Statistik angående vårdskada

Statistiken avser perioden 2015-10-01–2015-12-31 och gäller för 191 boenden och ca 150 dagliga verksamheter.

- Händelser som medfört risk för allvarlig vårdskada: 7
(sex händelser berör PR-vård)
- Antal utredningar: 2