

Avtals- och kvalitetsuppföljning i äldreomsorgen

Kundvals- och finansieringsavdelningen/äldreomsorgen




www.varmdo.se

Bakgrund

3 kap 19, 19 a §§ Kommunallagen

Reglerar kommunens ansvar för uppföljning och kontroll Lag 2002:249


- *Tillförsäkra sig möjlighet att kontrollera och följa upp*
- *Allmänhetens insyn i hur angelägenheten utförs*



www.varmdo.se

Kvalitet ur olika perspektiv

- Den upplevda -- brukarundersökningar, synpunkter och klagomål
- Faktorer som påverkar - bemanning, utbildning
- Kontroller -- uppföljning av avtal, mål, lagkrav



www.varmdo.se

Tillvägagångssätt

Alla

- Dialog
- Observationer
- Resultat av brukarundersökningar/synpunkter
- Bemanning och kompetens
- Granskning av dokumentation

Säbo/demensdagvård i egen regi dessutom

- Hälso- och sjukvård/MAS



www.varmdo.se

Dialog

Med verksamhetschef och medarbetare

Genomgång av utförarens ledningssystem

www.varmdo.se



VÄRMDÖ KOMMUN

Kvalitetsledningssystem

SOSEFS 2011:9

- Processer och rutiner
- Samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete
 - *riskanalys*
 - *egenkontroll*
 - *utredning av avvikelser*
 - *förbättrande åtgärder*
- Personalens medverkan
- Dokumentationsskyldighet

www.varmdo.se



VÄRMDÖ KOMMUN

Observation

- Allmänna förhållanden; ljus, ljud, doft, tillgänglighet, skyltning
- Information – kontaktuppgifter till ansvarig, aktiviteter, matsedel
- Miljö – miljövänliga rengöringsmedel etc
- Sekretess – förvaring, tillgänglighet
- Rutiners tillgänglighet

www.varmdo.se



VÄRMDÖ KOMMUN

Upplevd kvalitet

- Resultatet av de brukarundersökningar som genomförs
- Sammanställning av synpunkter och klagomål

www.varmdo.se



VÄRMDÖ KOMMUN

Bemanning och kompetens

- Jämförelse mellan planerad och faktisk bemanning utifrån täthetschema
- Kompetensförsörjning – kompetensutvecklingsplan, verksamhetsplan, verksamhetsberättelse
- Kompetens för sjuksköterskor (utifrån respektive avtal)



VÄRMDÖ KOMMUN

www.vattno.se

Dokumentation enligt SoL

- Personakt
- Förvaring, allmänna uppgifter
- Åtskild från hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Journalanteckningar
- Ska föras minst 1 g/v
- Innehålla handlingar av vikt: samtal, hur det går att genomföra insatserna, den enskildes egen upplevelse
- Genomförandeplaner
- Den enskildes inflytande och delaktighet
- Mål för insatserna, när och hur dessa ska genomföras
- Ska uppdateras helt varje halvår, vilka deltag vid upprättandet av planen, när och hur uppföljning ska ske



VÄRMDÖ KOMMUN

www.vattno.se

Hälsa- och sjukvård (MAS)

1. Dokumentation enligt patientdatalagen
 - Allmänna uppgifter
 - Omvårdnadsanamnes
 - Omvårdnadsstatus
 - Individuell vårdplanering inkl rehabplan
 - Utvärdering och resultat



VÄRMDÖ KOMMUN

www.vattno.se

Hälsa- och sjukvård (MAS)

2. Vårdhygien
3. Riskbedömningar
4. Medicintekniska produkter
5. Rehabilitering
6. Läkemedelshandtering
7. Vård i livets slutskede
8. Inkontinensvård



VÄRMDÖ KOMMUN

www.vattno.se

Resultatet återförs till utföraren

- Faktagranska rapporten
- Återföringsbesök
- Tidplan för utvecklingsarbete
- Handlingsplan
- Vidtagna åtgärder följs upp



VÄRMDÖ KOMMUN

www.varmdo.se

Övrigt under året

- Oanmälda besök i en/flera verksamhet/er på förekommen anledning
- Enkät till utförare inom visst område



VÄRMDÖ KOMMUN

www.varmdo.se



VÄRMDÖ KOMMUN

www.varmdo.se



Kvalitetsuppföljning

Djuröhemmet 2013

Kommunledningskontoret,
Kundvals- och finansieringsavdelningen,
äldreheten

Åsa Ahlsved, kostcontroller
Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Berit Nylander, äldreomsorgscontroller
Carina Widmark, chef äldreheten



Innehållsförteckning

Förklaring av vissa begrepp och förkortningar	3
Inledning	4
Sammanfattning	4
Fakta om verksamheten.....	4
Metod för uppföljningen	5
Beskrivning av verksamheten	5
Lokaler och inventarier	5
Underentreprenörer	6
Ledningssystem.....	6
Samverkan.....	6
Systematiskt förbättringsarbete.....	7
Egenkontroll.....	7
Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten/förbättring av processer och rutiner	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	7
Dokumentationsskyldighet.....	7
Brukarundersökning.....	7
Avvikelse	8
Social dokumentation.....	8
Personakt.....	8
Journalanteckningar	8
Genomförandeplaner.....	9
Hälso- och sjukvård.....	9
Läkemedelshantering	10
Delegeringar.....	10
Riskbedömningar	10
Dokumentation.....	10
Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering...	12
Nutrition	12
Medicintekniska produkter (MTP).....	12
Avvikelsehantering enligt HSL.....	13
Kvalitetssäkrad inkontinensvård	14
Vårdhygien.....	14
Vård i livets slutskede	14
Kost och måltider.....	15
Forum.....	15
Specialkost/rutiner.....	15
Kostkompetens.....	16
Matsedel	16
Pedagogisk måltid	16
Kvalitetssäkring.....	16
Personal och kompetens	17
Personalbemanning	17
Kompetens	18
Tidplan för utvecklingsarbetet	18



Förklaring av vissa begrepp och förkortningar

Allmän handling	Handling som upprättas hos eller inkommit in till en myndighet och som förvaras hos myndigheten.
Myndighetsutövning	En myndighets befogenhet att för enskild ensidigt bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande eller annat jämförbart förhållande.
Nämnd	Den eller de nämnder som <ul style="list-style-type: none">– enligt 2 kap. 4 § SoL fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten (socialnämnden)– enligt 22 § LSS utövar ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt den lagen– avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen– avses i lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet
Personakt	Akt som innehåller handlingar om en person som är eller har varit aktuell för utredning eller insats inom socialtjänsten. <i>Kommentar:</i> Personakten kan vara elektronisk eller fysisk eller både och. Den kan innehålla handlingar som har kommit in till eller upprättats inom socialtjänsten.
Utredning	All den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta ett beslut i ett ärende hos nämnden.
Dokumentera	Att skriva, fotografera eller spela in på band.
Genomförande	Verkställighet av en beslutad insats.
Genomförandeplan	Plan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras.
Handling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. <i>Kommentar:</i> En journalanteckning är att anse som en handling.
Insats	Individuellt behovsprövat stöd eller individuellt behovsprövat vård och behandling enligt SoL, LVU, LSS, LVM samt insatser enligt 9 § LSS.
Journal	Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ärenden och genomförande av insatser görs kontinuerligt och i kronologisk ordning. <i>Kommentar:</i> Journalen ska inte förväxlas med den patientjournal som ska föras enligt patientdatalagen (2008:355)
SoL	Socialtjänstlagen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
Entreprenör	Privat vårdgivare som upphandlats av kommunen för drift av särskild boendeform
Utföraren	Benämning på den som ansvarar för driften oavsett om den drivs på entreprenad eller av kommunens egenregiverksamhet.



Inledning

Det övergripande syftet med att genomföra kvalitetsuppföljningar är att bedöma kvaliteten för de äldre som bor i särskilda boenden i Värmdö kommun. De kvalitetsaspekter som bedöms följer regelverk och avtal och avser att säkerställa att de boende ges delaktighet och inflytande samt får sina behov och önskemål tillgodosedda.

Resultatet ska användas för att utveckla och höja kvaliteten i kommunens äldreomsorg, såväl på enhetsnivå som i kommunen som helhet. Resultatet kan också publiceras och användas av enskilda som beviljats särskild boendeform som underlag för dem att välja boende.

Kvalitetsuppföljningen är samtidigt en uppföljning av att utföraren följer avtalet med kommunens beställare.

Sammanfattning

Detta är en uppföljning av Djuröhemmets särskilda boende. Uppföljningarna görs årsvis.

Uppföljningen har visat att de boende ges inflytande i sin vardag och har möjlighet till gemensamma aktiviteter alla veckans dagar. Det framgår också i den sociala dokumentationen att de boende erbjuds och ofta deltar i olika aktiviteter.

I Socialstyrelsens brukarundersökning, som genomfördes 2012, ger de boende ett gott betyg till den vård och omsorg som ges på Djuröhemmet.

Ett av de utvecklingsområden som framkommit under uppföljningen handlar om att utföraren behöver upprätta ett kvalitetsledningssystem som uppfyller de krav som anges i Socialstyrelsens föreskrifter.

Ett annat utvecklingsområde är att ge omsorgspersonalen fördjupade kunskaper i att dokumentera genomförandet av de sociala omsorgsinsatserna. Utföraren behöver även arbeta med att skapa systematik och struktur i patientsäkerhetsarbetet. Detsamma gäller arbetet med kost och måltider.

Fakta om verksamheten

Namn	Djuröhemmet
Adress	Sollenkrokavägen 34, 139 73 Djurhamn
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Kommunens egenregiverksamhet
Verksamhetschef	Jan-Kåge Wallin
Målgrupp och antal	Djuröhemmet har totalt 41 lägenheter, uppdelat på tre avdelningar. Kobben har åtta lägenheter med demensinriktning. Storskär med 21 lägenheter och Lillskär med 12 lägenheter har somatisk inriktning. På Kobben finns en (1) plats per dag, vardagar, för demensdagvård. 11 av lägenheterna i Storskär har 2 rum och kök.
Antal anställda	44 anställda, som motsvarar 38,16 årsarbetare.



Metod för uppföljningen

- Besök i verksamheten har gjorts av Åsa Ahlsved, kostcontroller, Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Berit Nylander äldreomsorgscontroller den 6 och 7 februari, 2013.
- Dialog med enhetens ledningsgrupp bestående av biträdande verksamhetschef Jan Sjö, Catarina Johansson, sjuksköterska, Kim Dahlström, undersköterska, Malin Forsberg, ekonomiassistent och Yvonne Klang, assistent. Verksamhetschefen var förhindrad att delta.
- Resultat från brukarundersökningar.
- Granskning av utförarens dokumentation och rutiner. (ledningssystem och kost)
- Granskning av social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 15 boende; varav Storskär 7 boende, Lillskär 5 boende och Kobben 3 boende.
- Granskning av faktisk bemanning utifrån täthetschema i avtalet.
- Dialog med företrädare från kommunens biståndsenhet.

Beskrivning av verksamheten

Djuröhemmets särskilda boende erbjuder service, omsorg och vård dygnet runt, i social gemenskap och med aktiviteter både i grupp och enskilt.

Verksamheten har eget kök och restaurang med separat kökspersonal där alla måltider tillagas. Restaurangen har fullständiga rättigheter och har ett fåtal externa gäster. De boende på avdelningarna Lillskär och Kobben har egen matsal och de boende på Storskär använder restaurangens matsal.

Verksamhetschefen är ansvarig för både restaurang och boendet.

Utföraren har brutit ned produktionsavdelningens (proVarmdos) värdegrund. Värdegrunden har fyra värdeord; respekt, individperspektiv, kompetens och tydlighet och vänder sig till både den boende och anhöriga/företrädare.

Sommartid prioriteras daglig utevistelse, verksamheten har egen trädgård och närhet till båtbygga. De boende erbjuds även båtutflykter. Personalen uppmärksammar helgdagar och högtider i de gemensamma utrymmena och matsedelns anpassas också därefter.

Lokaler och inventarier

Djuröhemmet är en äldre fastighet, som byggts till och byggts om genom åren. Några lägenheter finns en trappa ned i förhållande till entréplanet, andra en trappa upp. Det finns flera hissar och det är bra tillgänglighet i fastigheten.

Utföraren använder miljömärkta disk- och rengöringsmedel och sorterar sina sopor. Lokalerna är något slitna men ljusa och ger ett trivsamt intryck.

Sedan januari 2013 pågår en större renovering av köket, enligt krav från kommunens miljöinspektör. Under tiden levereras lunch- och middagsrätterna från Gustavsgården. Samtidigt pågår en anpassning till arbetsmiljöverkets krav i lägenheterna, som handlar om ombyggnad av badrum, breddning av dörrar mm. Arbetet startade i oktober 2012. Bägge arbetena beräknas vara klara till i april 2013. De boende evakueras till sedan tidigare tomställda lägenheter inom fastigheten, enligt ett schema som hittills fungerat som planerat.



- Skyltningen vid huvudentrén till de olika avdelningarna bör förbättras, så att det framgår var i huset de olika avdelningarna ligger

Underentreprenörer

Utföraren har avtal med Nackageriatriken ASIH (om sjuksköterskeinsatser från kl 16-07) alla dagar i veckan.

- Avtalet ska innehålla insatser vid palliativ vård.

Ledningssystem

Vid genomgången av utförarens ledningssystem för verksamheten görs bedömningen att det inte uppfyller Socialstyrelsens krav. Som vårdgivare ska utföraren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9.

- Utföraren ska skapa ett fullständigt ledningssystem utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9

Samverkan

Det finns en lokal rutin för samverkan vid rapportering mellan arbetspassen. Den beskriver även hur information ska inhämtas i det elektroniska dokumentationssystemet vid arbetspassets början.

- Utföraren behöver beskriva det tvärprofessionella samarbetet och samverkan för att skapa en helhetssyn kring den boendes behov av vård och omsorg. De gäller hela processen från det att den enskilde flyttar in och hela boendetiden med de forum som ska genomföras i verksamheten.
- Utföraren behöver upprätta samverkansöverenskommelser med sina externa samverkanspartners, framförallt med ASIH som utför sjuksköterskeinsatser 15 timmar/dygn.
- Kontaktuppgifter till ansvarig arbetsledare över hela dygnet ska anslås på respektive avdelning.
- Information om vilka som arbetar under dagen ska finnas anslagen på alla avdelningar (saknas på en avdelning)



Systematiskt förbättringsarbete

I verksamhetens lokala rutiner finns ett dokument som beskriver vad utföraren gör för att utveckla och förbättra kvaliteten i sitt arbete, däremot framgår inte arbetsättets flöde (processbeskrivning).

- Utföraren behöver utveckla och förtydliga sitt systematiska förbättringsarbete så det överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2011:9.

Egenkontroll

Utföraren har inte beskrivit hur de själva på ett systematiskt sätt kontrollerar och följer upp att rutiner och arbetsätt följs och är ändamålsenliga.

- Utföraren behöver beskriva hur egenkontroll ska ske i verksamheten.

Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Verksamheten följer MAS riktlinje till vissa delar när det gäller HSL och använder proVarmdos riktlinje som rutin vid rapportering och utredning av allvarliga missförhållanden (lex Sarah).

- Den rutin som finns för avvikelshantering behöver förtydligas så att hela flödet framgår; rapportering; handläggning; resultat och utvärdering samt vem som gör vad i handläggningen. Det ska också framgå vem som har rätt att slutföra en avvikelse.
- Vidare behöver utföraren definiera vem som utreder avvikelser enligt SoL. Bedömningen är att den rutin som finns idag inte uppfyller kraven i regelverket.

Förbättrande åtgärder i verksamheten/förbättring av processer och rutiner

- Utföraren behöver beskriva sina processer, dvs. det systematiska arbetet med att följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

- Utföraren behöver utveckla dokumentationen i sitt ledningssystem, så att det framgår på vilket sätt personalen deltar i arbetet med att förbättra kvaliteten.

Dokumentationsskyldighet

- Utföraren ska dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Det ska gå att följa inom vilka områden man arbetar, vidtagna åtgärder och uppnått resultat. Det ska också framgå hur ansvarsfördelningen ser ut för olika yrkeskategorier.

Brukarundersökning

I Socialstyrelsens brukarundersökning 2012 har 14 boende (34 %) besvarat enkäten. Resultatet är i huvudsak positivt. De flesta av dem som svarat trivs både med inomhus- och utomhusmiljön på Djuröhemmet. Vidare anser de flesta att maten smakar bra, att de kan



påverka vilka tider som hjälpen ska ges samt att hänsyn till personliga önskemål tas och att personalen har tillräckligt med tid vid omvårdnadstillfällena.

Se bilaga 1 med hela resultatet från brukarundersökningen.

Utföraren har även genomfört en egen brukarundersökning under 2012. Den besvarades av 26 av de boende (65 %). Den visar ett likartat resultat som den nationella undersökningen. De flesta svarar att de trivs och att boendet uppfyller förväntningarna och att de är nöjda med sin kontaktperson. Det är dock färre, jämfört med 2011 års brukarundersökning, som anser att personalen uppträder respektfullt, att omsorgen utförs enligt önskemål och på ett sådant sätt att den boende inte behöver känna sig stressad.

Efter att verksamheten tagit del av resultatet av den egna brukarundersökningen, anordnade utföraren en halvdags-utbildning för all personal i bemötande, där det även ingick diskussioner i grupp.

Avvikelse

Utföraren har tagit emot ett klagomål under 2012, vilket gällde information och kommunikation med anhörig.

Social dokumentation

Den sociala dokumentationen för totalt 15 boende har granskats. Det är knappt 40 % av dokumentationen, proportionellt fördelad mellan avdelningarna. Granskningen har gjorts i det elektroniska verksamhetssystemet, som är gemensamt för SoL och HSL.

Personakt

De sekretessbelagda handlingarna förvaras inlåsta i brandsäkra aktskåp i omsorgspersonalens dokumentationsrum på respektive avdelning. Varje boende har en pärm, där SoL och HSL dokumentation förvaras tillsammans.

- Utföraren behöver ändra på detta så att handlingarna för respektive lagrum förvaras åtskilda från varandra.

Journalanteckningar

Journalanteckningar förs löpande och innehåller i huvudsak vardagliga händelser, såsom aktiviteter som den boende deltagit i och besök av anhöriga/vänner.

För att kunna följa hur situationen utvecklas för den enskilde och hur uppsatta mål nås måste dokumentationen utvecklas till att även innehålla sådan information, liksom information om när planerade insatser inte kunnat genomföras. Vidare ska även genomförda samtal, välkomstsamtal, vårdplaneringar mm dokumenteras. I detta ingår att beskriva den enskildes egen upplevelse av de insatser som utförts.

I den sociala dokumentationen förekommer även uppgifter som ska dokumenteras enligt patientdatalagen.



- Omsorgspersonalen behöver få fördjupad kunskap i vad som ska dokumenteras och varför, med utgångspunkt från Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- Hälso- och sjukvårdsuppgifter ska dokumenteras enligt patientdatalagen.

Genomförandeplaner

14 av 15 genomförandeplaner beskriver mål med var och en av insatserna, samt hur och när insatserna ska genomföras. I de flesta av planerna framgår på vilket sätt den enskilde själv deltar i genomförandet. I drygt hälften planerna framgår vilka övriga personer som deltagit vid upprättandet. Den enskildes intressen beskrivs i två tredjedelar av planerna. Sju av de boende har valt att lämna en levnadsberättelse.

Inte i någon av planerna beskrivs på vilket sätt den enskilde har haft inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen. Knappt hälften av genomförandeplanerna var aktuella vid granskningstillfället.

Utförarens arbete med att upprätta genomförandeplaner behöver utvecklas på följande punkter för att överensstämma med Socialstyrelsens föreskrifter och kommunens riktlinje om social dokumentation:

- Att säkerställa att alla genomförandeplaner är aktuella.
- Att det framgår vilka som deltagit vid upprättandet (ska uppges med namn, relation/befattning).
- Att det framgår hur den enskilde getts inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen.
- Att säkerställa att den enskildes intressen och individuella aktiviteter och hur dessa ska genomföras framgår i alla planer.
- Att det framgår hur genomförandeplanen ska följas upp.

Hälso- och sjukvård

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan genomför granskning av hälso- och sjukvårdsinsatserna, vilket omfattar följande områden:

- läkemedelshantering
- delegering
- nutrition
- riskbedömningar
- inkontinenshjälpmedel
- vård i livets slutskede
- medicintekniska produkter



- vårdhygien
- dokumentation enligt patientdatalagen

Läkemedelshantering

En lokal rutin för utförarens läkemedelshantering finns upprättad utifrån Värmdö MAS övergripande riktlinje för läkemedelshantering.

Extern granskning av utförarens läkemedelshantering har utförts av farmaceut. Samtliga anmärkningar i senaste inspektionen 2012 var åtgärdade vid uppföljningen. Vid uppföljningen förvarades ett antal oxygentuber öppet under en trappa.

- En lokal rutin behöver skapas för hantering av medicinskt oxygen inom enheten. Oxygen ska förvaras i uppmärkt rum. Var god se vidare Vårdhandboken, en handbok för vårdpersonal, utgiven av Stockholms läns landsting.

Delegeringar

Samtliga delegeringar var giltiga vid uppföljningen. Delegeringar finns utfärdade av sjuksköterskor till omsorgspersonal inom området läkemedelshantering.

- Utföraren ska säkerställa att MAS riktlinje för delegering av insulingivning följs alla tider på dygnet.

Riskbedömningar

Riskbedömningar är utförda för samtliga boende avseende fallrisk, nutrition och trycksårrisk.

Dokumentation

Dokumentationen är av skiftande kvalitet och skiljer sig åt mellan de olika avdelningarna. Det finns behov av att ytterligare säkra upp och dokumentera nödvändiga uppgifter som efterfrågas i lagstiftning och även tydliggörs i MAS riktlinjer för dokumentation, samt kring riskbedömningar.

Storskär

De allmänna uppgifterna är överlag inte dokumenterade.

- Kompletterande uppgifter behövs i vissa journaler kring genomförd ID kontroll, inhämtade samtycken samt den boendes och i förekommande fall anhörigs önskemål om delaktighet i vården.
- Omvårdnadsanamneser finns i samtliga av de granskade journalerna men de behöver kompletteras med ytterligare uppgifter så att de blir fullständiga, och ska vara uppdaterade minst en gång per år samt däremellan vid behov.
- Omvårdnadsstatus behöver kompletteras under respektive sökord med uppgifter kring att samtliga riskbedömningar är utförda samt resultatet av dessa.
- Omvårdnadsplaner ska dokumenteras samt i vissa fall vidareutvecklas att innefatta samtliga problem/resursområden för varje boende.



- Natfastan ska vara uträknad för varje boende med hänvisning till förebyggande åtgärder för att bryta natfastan om tiden för denna överstiger 11 timmar.

Lillskär

De allmänna uppgifterna är överlag dokumenterade. Att den boende och i förekommande fall anhörig gjorts delaktig går att utläsa i journalerna. Aktuell omvårdnadsstatus finns där det framgår att riskbedömningar är utförda inom samtliga områden, samt resultatet av dessa. Natfastan finns uträknad för de boende.

- ID-kontroll saknades i något fall och behöver kompletteras.
- Omvårdnadsanamneser behöver uppdateras vid behov och minst en gång per år.
- Omvårdnadsplaner finns men vissa problem/resursområden som går att utläsa i omvårdnadsstatus behöver definieras på omvårdnadsplan.

Kobben

De allmänna uppgifterna är överlag inte dokumenterade. Omvårdnadsplaner saknades i stor utsträckning. Vissa uppgifter har inte uppdaterats på flera år.

- Kompletterande uppgifter behövs i vissa journaler kring genomförd ID kontroll, inhämtade samtycken samt den boendes och i förekommande fall anhörigs önskemål om delaktighet i vården.
- Omvårdnadsanamneserna ska uppdateras utifrån de boendes behov och minst en gång per år. Utföraren behöver också säkerställa att de innehåller fullständiga uppgifter.
- Omvårdnadsstatus ska uppdateras enligt de boendes behov men minst en gång per år.
- Riskbedömningar, inklusive fallriskbedömningar ska utföras av sjuksköterska. Finns risk inom något område t.ex. fallrisk ansvarar sjuksköterskan för att upprätta en omvårdnadsplan.
- Att riskbedömningar är utförda ska dokumenteras under respektive sökord i omvårdnadsstatus, så att det framgår ett resultat av själv riskbedömningen.
- Omvårdnadsplaner ska upprättas utifrån den boendes problem, och resursområden.

Dokumentation av arbetsterapeut och sjukgymnast

ADL status är dokumenterat för i stort sett samtliga boende. Förflytningsbedömning finns dokumenterade för varje boende. Löpande journalanteckningar dokumenteras av arbetsterapeut och sjukgymnast. Hjälpmedel provas ut och förskrivs samt dokumenteras.

- Säkerställa att alla ADL status och förflytningsbedömningar uppdateras vid förändringar så att de alltid är aktuella



Förvaring av journaler

Journaler förs i det elektroniska verksamhetssystemet. De pappersdokument som finns förvaras i ett brandsäkert arkivskåp. Vid uppföljningstillfället var låset till översta lådan trasigt på Storskär. Journaler förda enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen hålls inte åtskilda.

- Låset till den trasiga arkivskåpslådan ska omedelbart lagas.
- Journaler enligt patientdatalagen ska förvaras åtskilda från journaler utifrån andra lagrum.

Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering

Utföraren har påbörjat ett arbete med att bjuda in boende och anhöriga till vårdplaneringsmöten, men det saknas en lokal rutin som beskriver hur arbetet med vårdplaneringar ska ske.

- Upprätta en lokal rutin för hur vårdplaneringar ska genomföras samt vilka yrkesgrupper som deltar och deras uppdrag i detta.
- Säkerställa att det i rutinen framgår hur den boende och dennes anhöriga görs delaktiga i vårdens planering, genomförande och utvärdering.

Nutrition

Lokal rutin finns för utförarens arbete med nutrition.

- Rutinen behöver tydliggöras utifrån MAS riktlinje för arbete med nutrition, särskilt vad gäller ansvaret för ordination av kost- och näringstillägg.

Enligt sjuksköterskorna finns inte näringsvärdesberäkning på maten/portionerna som tillagas i verksamheten. Det finns inte tillgång till specialkost, t.ex. e-kost (energi- och proteinrik kost) vilket är ett viktigt alternativ att kunna ordinera då boende har risk för undernäring eller befinner sig i ett undernäringstillstånd. I stället ordineras näringsdrycker vilket generellt inte ska vara ett förstahandsval i behandlingen.

- Utföraren ska näringsvärdesberäkna samtliga måltider för att sjuksköterskorna ska kunna uppfylla sitt uppdrag när det gäller nutrition.
- Utföraren ska säkerställa att det, vid behov, finns tillgång till alla slags specialkost, särskilt viktigt är att e-kost alltid ska finnas att tillgå.

Medicintekniska produkter (MTP)

Utföraren har god kontroll av sina medicintekniska produkter genom ett upprättat inventariesystem. Protokoll finns att tillgå på utförd service och besiktningar.

- Den lokala rutinen för MTP behöver utvecklas ytterligare så att det framgår vem som har ansvar för rengöring och kontroll och med vilken frekvens det ska ske.



- Verksamhetschefen behöver överlämna skriftligt ledningsuppdrag till arbetsterapeut och sjukgymnast så att det framgår vad dessa yrkesgrupper har för ansvar kring de medicintekniska produkterna kontra verksamhetschefens ansvar.

Avvikelsehantering enligt HSL

Registrering och rapportering av avvikelser sker i avvikelsemodulen i det elektroniska verksamhets- och journalföringssystemet. Det finns en lokal rutin som beskriver utförarens avvikelsehantering.

- Den lokala rutinen behöver förtydligas så att hela processen framgår med ansvarsbeskrivning för samtliga som rapporterar, registrerar och handlägger avvikelser. Det vill säga från det att avvikelser registreras till att den är godkänd och avslutad.
- Ett utvecklingsarbete krävs för att minska risker och avvikelser inom läkemedelshanteringen.

Sammanställning av rapporterade avvikelser 2012

Typ av avvikelse	
Läkemedel	140
Omvårdnad	9
Larm/teknik	8
Provtagning	2
Summa	159

Sammanställning av fallincidenter och ev. skador under 2012

Fallincident och ev. skada	
Ingen synlig skada	102
Skada som sår, vrickning/stukning/	25
Skada som resulterat i fraktur	2
Summa	129

- Utföraren behöver skapa en rutin för hur det fallförebyggande arbetet ska ske där det tvärprofessionella samarbetet behöver lyftas fram.
- Arbetet med fallrapporterna behöver förbättras. Det ska framgå en bedömning och en orsaksanalys samt vidtagna åtgärder av omvårdnadsansvarig sjuksköterska då den boende har fallit. Effekten av de vidtagna åtgärderna ska också dokumenteras och utvärderas.



Kvalitetssäkrad inkontinensvård

En av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna har utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

- Utföraren ska ha en lokal rutin för arbete med kvalitetssäkrad inkontinensvård.
- De sjuksköterskor som inte har en formell kompetens att förskriva inkontinenshjälpmedel behöver genomgå denna utbildning på 4,5 högskolepoäng för att få kompetens att arbeta med inkontinens utifrån nu gällande krav inom området. En kvalitetssäkrad inkontinensvård ställer krav på kompetens för att kunna utreda, bedöma och analysera resultat av den företagna utredningen.
- I de fall boende har en inkontinens ska det finnas en upprättad omvårdnadsplan som beskriver de omvårdnadsåtgärder som ska ges inom inkontinensområdet.

Vårdhygien

Utföraren följer de riktlinjer som finns utfärdade från Vårdhygien.

Lokal rutin finns där egenkontroll är angiven i form av att de egenkontrollistor som finns att tillgå ska användas. Verksamhetens diskdesinfektor är besiktigad.

- Utföraren behöver en dokumenterad lokal rutin för vem som ansvarar för kontroll, skötsel och tillsyn av diskdesinfektorn samt påfyllning av diskmedel m.m.
- Dokumentera en lokal rutin som anger hur ren och smutsig tvätt ska hanteras samt hur arbete ska ske i tvättstuga.

Vård i livets slutskede

Ett policydokument finns från 2002, som dåvarande MAS tillsammans med en arbetsgrupp tagit fram, finns att tillgå. Utföraren registrerar i Svenska palliativregistret. Det finns ingen lokal rutin upprättad för hur utföraren arbetar med vård i livets slutskede.

Efter klockan 16 ges sjuksköterskeinsatser via ASIH. Sjuksköterska på Djuröhemmet kan rapportera behov av planerade insatser i förväg till ASIH. Undersköterskor i tjänst kan också ringa till sjuksköterska då behov uppstår, det är upp till undersköterska att göra bedömningen om sjuksköterskekontakt ska ske eller inte.

En journalgranskning har företagits av MAS i syfte att utvärdera vården i livets slutskede under 2012. 16 journaler har varit föremål för granskning. Fokus i journalgranskningen har legat på verksamhetens insatser att förebygga och lindra samt utvärdera smärta, ångest, oro samt bibehålla en god andning för boende i livets slutskede.

I vissa av de granskade journalerna kring vård i livets slutskede framgår att boende fått vänta oacceptabelt länge på insatser av sjuksköterska under kväll och natt avseende smärtlindring, hjälp vid andningsbesvär och oro.



Det finns sällan en dokumenterad utvärdering om det givna läkemedlet givit önskad effekt eller när/om sjuksköterska ska besöka den boende igen för att göra symtomskattning. Brister i dokumentation av sjuksköterskeinsatser finns under kväll och natt
Vårdplaner var inte upprättade för vård i livets slut.

- Utföraren behöver planera för hur sjuksköterskeinsatser kan säkras under kväll och natt för att kunna kvalitetssäkra vården utifrån de krav på insatser som framgår i de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen angående palliativ vård.
- Dokumentationen behöver förbättras så att det går att följa de insatser som ges under vård i livets slut. Vårdplaner ska upprättas inför vård i livets slut.
- Ansvarig sjuksköterska ska alltid dokumentera sina insatser i journalen enligt lokal rutin.
- Symtomskattning avseende smärta, oro, ångest samt andning ska ske fortlöpande av sjuksköterska och dokumenteras i den boendes journal. Syftet med symtomskattning är att boende i vård i livets slut inte ska behöva ligga och vänta på att få sina symtom lindrade.
- Utvärdering av effekt av givna läkemedel ska alltid göras samt dokumenteras i journalen. Har den ansvariga sjuksköterskan givit ett läkemedel ska denne också ansvara för att följa upp effekten samt dokumentera detta i journalen.
- I den lokala rutinen för vård i livets slutskede behöver utföraren förtydliga hur resultatet används från Svenska Palliativregistret i syfte att utveckla vården i livets slutskede.

Kost och måltider

För närvarande pågår en renovering av verksamhetens kök, varför de varma måltiderna levereras från Gustavsgårdens kök, och följer deras matsedel. De förhållanden som beskrivs nedan är utifrån att Djuröhemmets kök är i drift.

Forum

Det finns en kostgrupp bestående av ett kostombud per avdelning, en sjuksköterska och en av kökspersonalen. Gruppen träffas en gång per månad. De boende har möjlighet att ta upp frågor om kost och måltider på verksamhetens husmöten.

Specialkost/rutiner

Måltiderna är inte näringsvärdesberäknade och det finns ingen möjlighet att beställa e-kost (energi- och proteinrik kost). Det var ett utvecklingsområde även vid förra årets uppföljning som inte blivit åtgärdat. Om boende tackar nej till måltid erbjuds ibland annan fullvärdig kost eller enklare mat som t ex smörgås, sallad, soppa. Det finns ett så kallat matkort för varje boende som informerar personalen om hur den boende ska/vill ha sin mat, mellanmål mm.

- Måltiderna ska vara näringsvärdesberäknade.



- Om en boende är undernärdd/risk för undernäring eller i behov av specialkost (omvårdnadsplanen under nutrition) ska matkorten skrivas utifrån det som ordinerats av sjuksköterska eller läkare.
- Alla slags specialkost enligt, ESS-gruppens rekommendationer (Livsmedelsverket, 2003) och Svenska näringsrekommendationer ska finnas att tillgå.
- Det ska alltid gå att servera en fullvärdig måltid som alternativ.

Kostkompetens

Sjuksköterskorna har under hösten 2012 gått en kurs i kost och måltider. En av kökspersonalen har tidigare gått en kurs inom området specialkost.

Matsedel

Kökspersonalen planerar matsedeln och det händer att de boende ger förslag till maträtter direkt till kökspersonalen. Dagens matsedel och veckomatsedel finns anslagen på alla avdelningar. Veckomatsedeln delas även ut till de boende. I matsedelsplaneringen tar man hänsyn till årstider och helgdagar. De flesta komponenter till måltiden bereds i köket men ibland, framför allt till kvällen, bereds sallad på avdelningarna.

Pedagogisk måltid

Personalen äter pedagogisk måltid till lunch och ibland till middag.

- Utföraren behöver upprätta en lokal rutin som beskriver syftet med pedagogiska måltider och hur dessa ska genomföras.

Kvalitetssäkring

Det saknas flera delar i den systematiska kvalitetssäkringen av måltidsverksamheten t ex utbildning för köks- och omsorgspersonal i kostfrågor och ett säkerställande av att det är läkare eller sjuksköterska som ordinerar individuellt anpassad kost. Ett syfte med kostmötena är att få en kvalitetshöjning inom området kost, men det finns inga rutiner för att säkerställa kostkompetensen på enheten.

Köket har en upprättad egenkontroll som kontrolleras av kommunens livsmedelsinspektör.

- Rutin för samverkan mellan olika yrkeskategorier behöver upprättas.
- Utföraren behöver utveckla struktur och systematik för att uppfylla alla de krav som ställs på måltidsverksamheten.



Personal och kompetens

Personalbemanning

Medelvårdsnivån på Storskär, som i huvudsak har servicelägenheter är i januari 1,5 och på Lillskär och Kobben 2,1. Snittnivån blir därmed 1.9. Ersättningssystemet har fyra vårdnivåer där nivå 4 ger den högsta ersättningen.

Den planerade bemanningen är god när det gäller omsorgspersonal över dygnet, se tabell.

Bemanning enligt schema

*siffran inom parentes anger normal bemanning

Omsorgspersonal	Kobben	Lillskär	Storskär
Dag vardag	3	4	5
Dag helg	3 (2)	3	4
Kväll	3 (2)	2	2
Natt	1	1	1

Sjuksköterskor	Alla avdelningar
Dag vardag 7-16	4*
Dag helg 7-16	1
Kväll	0
Natt	0

* vissa dagar 3

Den faktiska bemanningen för omsorgspersonalen och dag- och kväll för perioden 1/1 – 21/1 2013 var fördelad så som beskrivs i vänstra kolumnen i tabellen nedan. Bemanningen för sjuksköterskor och omsorgspersonal natttid avser hela verksamheten. Den faktiska bemanningen är ställd i relation till den planerade enligt schema och beläggningen utifrån att 100 % är full beläggning alla dygn.

Under en längre period har Kobben haft högre bemanning dagtid helger samt alla kvällar då det funnits behov av kontinuerlig tillsyn för en av de boende..

Avdelning	Bemanning Omsorgspers	Bemanning Sjuksköterskor	Bemanning Natt	Beläggning
Alla avd		73 %	100 %	91 %
Kobben	103 %			94 %
Lillskär	114 %			100 %
Storskär	82 %			78 %



Kompetens

En av sjuksköterskorna på Djuröhemmet har specialistutbildning inom medicin, kirurgi och långvård. Av omsorgspersonalen har 24 av 28 anställda utbildning som motsvarar undersköterska.

- Utföraren behöver säkerställa att minst en av sjuksköterskorna har specialistutbildning inom öppen hälso- och sjukvård, geriatrisk eller psykiatriskt vård.

Tidplan för utvecklingsarbetet

Nedan följer en tidplan som beskriver när utföraren ska ha påbörjat respektive ha färdigställt sina utvecklingsområden.

Uppföljningsgruppen följer upp resultatet av utförarens vidtagna/påbörjade förbättringsarbete. Det sker allt eftersom under året vid tidpunkterna för vart och ett av utvecklingsområdena.

Resultatet av dessa riktade uppföljningar återkopplas till utföraren och beskrivs i nästkommande uppföljningsrapport.

Lokaler och inventarier	2013-04-01	Klart
Delegeringar	2013-04-01	Klart
Förvaring av personakter	2013-04-01	Klart
Underentreprenörer	2013-05-01	Klart
Ledningssystem	2013-05-01	Påbörjat
Avvikelser, synpunkter, klagomål	2013-05-01	Klart
Läkemedelshantering	2013-05-01	Klart
Medicintekniska produkter	2013-05-01	Klart
Vårdhygien	2013-06-01	Klart
Vård i livets slutskede	2013-06-01	Klart
Specialkost	2013-06-01	Klart
Näringsvärdesberäknade måltider	2013-06-01	Klart
Dokumentation enligt SoL	2013-09-01	Klart



Dokumentation enligt HSL	2013-09-01	Klart
Vårdplanering, den enskildes delaktighet	2013-09-01	Klart
Nutrition	2013-09-01	Klart
Övriga områden inom kost	2013-09-01	Klart

Gustavsberg den 14 mars 2013

.....
Åsa Ahlsved
kostcontroller

.....
Ann-Christin Nordström
medicinskt ansvarig sjuksköterska

.....
Berit Nylander
äldreomsorgscontroller

.....
Carina Widmark
chef, äldreheten

MAS Riktlinje

Risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Risk- och avvikelshantering

Denna riktlinje behandlar endast risker och avvikelser i hälso- och sjukvården och gäller inte andra typer av avvikelser.

Med "verksamhetschef" avses i denna riktlinje verksamhetschef enligt 29 § Hälso- och sjukvårdslagen^a (HSL) och i förekommande fall den som fullgör enskilda ledningsuppgifter enligt 30 § HSL.

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att tydliggöra den reglering som finns kring risk- och avvikelshantering samt att styra den lokala hanteringen av detta för att stärka kvalitet och säkerhet för patienten.

Syftet med risk och avvikelshantering är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Allmänt om risker och avvikelser inom hälso- och sjukvård

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering. Riktlinjen för risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård har sin utgångspunkt i Patientsäkerhetslagen, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

Riskhantering

- ▲ Hälso- och sjukvård är en verksamhet med stora risker. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga.
- ▲ För att skapa en hög säkerhet krävs att man identifierar risker för att förhindra vårdskador.
- ▲ Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, vilket bl.a. innebär en skyldighet att rapportera risker för vårdskador.

1(11)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- ▲ En systematisk riskhantering innebär dels att man i det dagliga arbetet är uppmärksam på riskfaktorer i verksamheten dels att man vid planeringen av förändringar av verksamheten gör riskanalyser innan förändringarna införs och därefter modifierar de förändringar man avser göra så att de inte innebär nya risker. (Se vidare nedan om lokal riskanalys.)

Avvikelsehantering

En systematisk avvikelsehantering innebär att man rapporterar avvikelser systematiskt och efter analys av inträffade avvikelser identifierar och åtgärdar bakomliggande orsaker i syfte att förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Man utvärderar åtgärdernas effekt och sammanställer och återför erfarenheterna till verksamheten.

Avvikelse rapportering ger möjlighet för verksamhetschef, MAS och medarbetarna att få kontroll över hur många och vilka typer av avvikelser som förekommer i verksamheten. Det är en förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas.

Fokus ligger på den händelse och den eventuella risk för vårdskada alt. vårdskada som en boende drabbats av eller skulle kunna ha drabbats av och de orsaker som ligger bakom händelsen. Fokus ligger således inte på den person som varit inblandad i avvikelsen utan på hur det kom sig att händelsen inträffade. (Se vidare nedan om lokal händelseanalys.)

Ansvar för kvalitet och säkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Vidare regleras i 31 § HSL att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Tydliga instruktioner om detta finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitet. I 5:e kapitlet om systematiskt förbättringsarbete tas särskilt upp riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processerna och rutinerna.

- ▲ Gemensamt för alla typer av avvikelser är att lämpliga åtgärder måste vidtas i samband med händelsen. Den ansvariga sjuksköterskan ska göra en första bedömning av det inträffade och vidta erforderliga åtgärder som krävs utifrån den händelse som inträffat samt den enskildes behov och befintliga hälsotillstånd.

2(11)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- △ Avvikelsen och ev. åtgärder samt den boendes hälsotillstånd ska även dokumenteras i journalen.

Skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att
 - så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
 - ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.
 - ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen

Vårdgivaren har enligt gällande delegationsordning lagt ansvaret på kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och lämna in den utredning som gjorts av händelsen.

Var god läs i MAS riktlinjer för anmälan enligt lex Maria.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

3(11)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

MAS/ ansvar

MAS ansvarar för

- ▲ att boende får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- ▲ att riktlinjer upprättas och årliga sammanställningar görs över rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården.
- ▲ att genomföra utredningar då allvarliga avvikelser för att kunna göra en bedömning om avvikelsen ska hanteras i det lokala systemet för avvikelshantering eller om avvikelsen ska anmälas till Socialstyrelsen enligt lex Maria.
- ▲ att inspirera och ge stöd i det förebyggande arbetet, vid riskanalyser och händelseanalyser
- ▲ att initiera och genomföra utredningar i samverkan med personal i verksamheten vid risk för vårdskada eller allvarlig vårdskada
- ▲ att fortlöpande ta del av rapporterade avvikelser och vid behov påkalla förbättringsåtgärder för att patientsäkerheten ska vara god.
- ▲ att fortlöpande göra uppföljningar att denna riktlinje och lokala rutiner efterlevs i verksamheten.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren och följer vårdgivarens direktiv och MAS riktlinjer om patientsäkerhetsarbete, inklusive riskhantering och avvikelshantering.

Verksamhetschefen ansvarar vidare för:

- att det inom ramen för ledningssystemet finns lokala rutiner och/eller hänvisning till riktlinjer från MAS för rapportering av risker och avvikelser
- att dessa riktlinjer och lokala rutiner är kända och efterlevs av personalen



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- att det finns ett kvalitetsforum där personalen regelbundet följer upp samtliga avvikelserapporter i syfte att identifiera och analysera risker, samt för att initiera ytterligare förbättringsåtgärder i verksamheten
- att det finns rutiner för analys av risker och händelser samt handläggning och uppföljning av avvikelser. Rutinerna ska vara integrerade i det dagliga arbetet.
- att MAS informeras snarast då allvarlig avvikelse eller fallskada inträffat i verksamheten.

Lokala rutiner/processbeskrivning

Av de lokala rutinerna ska framgå en tydlig processbeskrivning kring förloppet genom hela avvikelse processen från det att en avvikelse inträffar, genom handläggning fram tills dess att avvikelsen är handlagd helt och hållet och ska avslutas.

Det ska också finnas en ansvarsfördelning i processbeskrivningen så att samtliga yrkeskategorier väl känner till sitt ansvar samt hur samverkan ska ske internt men också externt.

Verksamhetschef alt. sjuksköterska med ansvar för enskilt ledningsuppdrag ska godkänna och slutföra avvikelsen när denne har utvärderat effekten av de vidtagna åtgärderna. Då MAS initierar en utredning gör MAS bedömningen när en avvikelse kan slutföras.

Arbetsterapeut och sjukgymnast

ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser
- att ansvara för att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder för att minska risken att avvikelsen uppstår på nytt.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal.
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelsehantering



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Samtliga sjuksköterskor

ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser
- att ansvara för att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder i akut skede dvs. då avvikelser inträffat för att minska risken att avvikelser uppstår på nytt. De akuta åtgärderna som vidtas ska dokumenteras i avvikelse rapporten samt i den boendes journal.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal.
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelshantering

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- att rapportera risker
- att rapportera avvikelser
- att handlägga avvikelser inom sitt kompetensområde och vidta erforderliga åtgärder i akut skede dvs. då avvikelser inträffat för att minska risken att avvikelser uppstår på nytt. De akuta åtgärderna som vidtas ska dokumenteras i avvikelse rapporten samt i den boendes journal.
- att då avvikelser inträffat inom sjuksköterskans ansvars och kompetens område t.ex. läkemedelsavvikelse kvällen innan ska den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan fortsätta handläggningen snarast.
- att inom en vecka ska handläggningen kring den boende vara utförd av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- att dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal
- att i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- att delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.
- att delta i utredningar som genomförs av MAS, verksamhetschef alt. sjuksköterska med ledningsuppdrag inom avvikelshantering

6(11)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Vem ska rapportera?

Den som upptäcker en risk eller upptäcker att en avvikelse inträffat ska alltid kontakta ansvarig sjuksköterska. Om det är uppenbart vilka som varit inblandade i händelsen är det en fördel om de kan medverka vid rapporteringen tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

Vad ska rapporteras?

Risker

Rapportera risker som upptäcks i verksamheten, som t.ex.

- trasiga bromsar på gånghjälpmedel
- att läkemedelshantering inte sker i lugn och ostörd miljö
- arbetsorganisation som gör att man inte hinner dokumentera
- att journalsystemet är instabilt och ofta havererar
- att det saknas rutiner för kontroll av antidecubitusmadrasser
- att det saknas rutiner för kontroll av att däck i rullstolar är välfyllda så att bromsarna fungerar
- brister i rutiner för att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder
- risk för smittspridning

Händelser

Rapportera alla avvikelser som medfört eller kunnat medföra att boende utsatts för en vårdskada.

Exempel på händelser som ska rapporteras:

Läkemedelsavvikelser

Ordination

- om det t.ex. saknas uppgift om styrka, dosering eller administrationsätt eller om ordinationen är svårsläslig
- om det saknas indikation, d.v.s. om det inte framgår varför patienten ordinerats läkemedlet och om det är ordinerat vid-behov på vilka indikationer -i vilka situationer - läkemedlet får användas

Iordningställande

- felexpedierat från apotek
- feldelat i dosett eller Apodos



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- ej signerat delad dosett på signeringslista för dosettindelning
- bristande märkning av dosett (Namn, personnummer, innehåll och sjuksköterskans signatur)

Överlämnande

- fel tidpunkt för överlämnande
- förväxling av boende
- fel läkemedel överlämnat
- fel dos överlämnad
- fel sätt att överlämna (fel administreringsätt) Om t.ex. en boende uppmanats svälja ett läkemedel avsett för att läggas under tungan.
- utebliven dos

Signering

- signering saknas
- signerat, men ej överlämnat

Avvikelser som rör hälso- och sjukvård men inte berör läkemedel

- fallincidenter och fallskador (se vidare i särskilda riktlinjer ang. fallskador)
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering
- utebliven omvårdnad
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till en patient eller närstående
- felaktig otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal vid behandlande eller mottagande vårdenhet
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem
- felaktig eller utebliven dokumentation
- smittspridning; vårdrelaterade infektioner
- vårdrelaterade infektioner som gett upphov till att patient avlidit eller allvarligt skadats
- tidigare okända skador eller risker vid vanliga metoder eller rutiner
- skador som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling
- andra allvarliga tillstånd som påverkat patientens livsföring.
- återkommande liknande avvikelser som var för sig inte kan betraktas vara allvarliga men sammantagna betraktas som allvarliga
- alla andra handlingar som medfört eller kunnat medföra att patienten avlidit eller åsamkats livshotande tillstånd, svår kroppsskada, svår sjukdom eller väsentlig funktionsnedsättning
- även andra tillstånd får betraktas som allvarliga om de påverkat patientens livsföring. Hit hör även patientens upplevelse av starkt obehag efter en oväntad avvikelse

Medicintekniska produkter

Då en medicinteknisk produkt varit inblandad i en avvikelse som ledde till eller hade kunnat leda till en allvarlig vårdskada behöver det av rapporten framgå om avvikelsen berodde på *felaktig användning, felaktigt underhåll* eller om det var *fel på själva produkten*. Det måste också framgå om den inblandade produkten var *egentillverkad* (t.ex. en ortos). Observera att även sjukhussängar och t.ex. duschstolar etc. definieras som medicintekniska produkter. Produkter som varit inblandade i en avvikelse bör tas tillvara för att möjliggöra en undersökning. Särskilt viktigt är detta för engångsprodukter.

Hur ska rapporteringen ske?

Alla identifierade risker och avvikelser ska dokumenteras enligt denna riktlinje och verksamhetens processbeskrivning för avvikelsehantering

Om avvikelsen medfört eller hade kunnat medföra vårdskada t.ex. om händelsen lett till aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhet ska verksamhetschefen, alt. sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag inom avvikelsehantering omedelbart informera MAS om händelsen.

Till hjälp i det lokala analysarbetet, som verksamhetschefen ansvarar för, finns en hel del litteratur. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har inom ramen för "nationell satsning för ökad patientsäkerhet" under 2011 givit ut "Säkrare vård och omsorg, Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete. SKL har även inom ramen för denna satsning givit ut häften om åtgärder för att förebygga olika vårdskador. Även SLL har tagit fram användbart material i form av regionala vårdprogram för fallprevention, nutrition och prevention och behandling av trycksår. Förutom rena handböcker finns fördjupande litteratur som ökar kunskaper och förståelse för ämnet.



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Risikanalyis – ett sätt att förebygga avvikelser

Risikhantering innebär att man arbetar proaktivt. För att förebygga avvikelser är det viktigt att göra riskanalyser *innan* man genomför förändringar inom verksamheten. Det innebär att man går igenom den tänkta förändringen systematiskt för att se vilka konsekvenser olika delar i förändringen kan få för den enskilde. Man kan efter riskanalysen behöva göra ändringar i den tänkta förändringen så att det inte uppstår nya risker.

Då en person flyttar in på ett särskilt boende eller börjar delta i dagverksamhet ska man ta ställning till risker som finns för den enskilde. Det gäller t.ex. risk för att falla, risk för felnäring, risk för att få sår och risk för vårdrelaterade infektioner.

Så snart någon upptäcker en risk i verksamheten ska denna rapportera risken enligt lokala rutiner för detta. Då blir det möjligt att analysera, reagera och vidta åtgärder för att eliminera risken eller för att begränsa effekterna av risken.

Om det finns tveksamheter om vilken behandling, träning eller vilket omhändertagande som är lämplig för en enskild person kan en riskanalys även användas för att ta reda på vilka risker olika alternativ kan medföra.

Händelseanalys

En av de viktiga delarna med avvikelshantering är att analysera hur händelsen uppkommit. För varje avvikelse ska man göra någon form av *Händelseanalys*. En sådan analys har olika omfattning beroende på avvikelstens art. Vid allvarliga avvikelser leder MAS arbetet med händelseanalys.

Analysen ska utgå ifrån orsakssamband mellan människa teknik och organisation (MTO). Det har visat sig att "felhandlingar" ofta sker i ett sammanhang där hela situationen behöver analyseras. Orsaker till en avvikelse är ofta kopplade till teknik eller organisatoriska och administrativa brister. Det är viktigt att hitta och förstå bakomliggande orsaker.

Analysen ska alltid leda till beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärderna kan handla om både förändringar i insatser för en enskild och förändringar av arbetssätt, rutiner eller av organisationen i verksamheten. Beslutade och genomförda åtgärder ska följas upp för att ge besked om de har haft avsedd effekt. Datum och ansvarig för uppföljning ska dokumenteras i åtgärdsanalysen. Resultatet av uppföljningen ska också dokumenteras.

Det ska anges om de vidtagna åtgärderna haft mycket god effekt, god effekt eller mindre god effekt.

Skulle de vidtagna åtgärderna haft mindre god effekt behöver en ny orsaksanalys göras med hänvisning till ev. ytterligare åtgärder som ska vidtas.



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Regelbundna sammanställningar

Vid enheten ska periodens (månadens) risker och avvikelser vara föremål för en genomgång en gång per månad och återförs till personalgruppen. Vid genomgången sammanställs gjorda analyser av händelserna. Samband människa, teknik och organisation (MTO) ska beaktas i sammanställningen. Här ska även diskuteras vilka ev. ytterligare åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärder som behöver vidtas kan gälla omvårdnadsåtgärder som ändring av arbetssätt, rutiner eller av hur verksamheten organiseras.

Anmälan till myndighet

Vårdgivaren ansvarar för att händelser som lett till eller hade kunnat leda till *allvarlig vårdskada*, anmäls till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Tillsammans med anmälan ska den utredning som gjorts av händelsen bifogas.

Om en händelse där en medicinteknisk produkt varit inblandad har lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada ska anmälan göras av MAS.

För information om hur processen sker i samband med utredning och anmälan sker, v.g. se MAS riktlinje för anmälan enligt lex Maria.

Ann-Christin Nordström

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:211:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

314

MAS Riktlinje

Utredning och anmälan enligt Lex Maria

Definition på vårdskada

Ur Patientsäkerhetslag (2010:659)

- ▲ Med vårdskada avses i denna lag 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.
- ▲ Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.
- ▲ Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.
- ▲ Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Allmänna bestämmelser

- ▲ Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.
- ▲ Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.
- ▲ Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att
1. så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt

1(8)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmäningsskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medriskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

- ▲ Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen

- ▲ Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
- ▲ Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till Socialstyrelsen ge in den utredning av händelsen som är genomförd.
- ▲ Om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid en sjukvårdsinrättning ska vårdgivaren eller enheten snarast efter det att händelsen har inträffat anmäla detta till Socialstyrelsen.
- ▲ Vårdgivaren eller enheten ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till Socialstyrelsen ge in den utredning av händelsen.
- ▲ En vårdgivare ska snarast anmäla till Socialstyrelsen om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador

- ▲ Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om
 1. att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
 2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,



VÄRMDÖ KOMMUN

2(8)

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansiäringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

3. möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen
4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. patientnämndernas verksamhet.

▲ Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

▲ Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen.

Dokumentationsskyldighet

▲ Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

▲ Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Skyldighet att anmäla

Vid en negativ händelse eller tillbud ska en bedömning göras snarast om det inträffade också ska anmälas enligt Lex Maria till Socialstyrelsen.

Hälso och sjukvårdspersonalen ansvarar för att

Alla medarbetare inom äldreomsorgen som upptäcker en avvikelse eller fallincident är skyldig att rapportera detta till ansvarig sjuksköterska samt registrera det inträffade i enhetens avvikelsehanteringssystem och enligt gällande rutin.

▲ Verksamhetschefen ansvarar ytterst för att rapportera det inträffade till MAS i

3(8)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av Finansieringsnämnden för äldreomsorg 2013-04-09 § 29, Dnr 12 FNÄ/150

Socialnämnden 2013-03-26 § 33 Dnr 12 SCN/0293

Gäller fr.o.m. 2013 02 26

Värmdö kommun då boende i samband med vård, undersökning eller behandling drabbas av eller utsätts för risken att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

- △ Verksamhetschef eller den person som verksamhetschef utsett t.ex. person med enskilt ledningsuppdrag kontaktar MAS per telefon eller via mail.
- △ Anteckning om att avvikelse eller fall registrering har skett ska göras i omvårdnadsjournalens rapport/daganteckning. Akut vidtagna åtgärder ska också finnas dokumenterade på avvikelserapporten.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria 4 kap.

Vad skall anmälas enligt Lex Maria

- △ Om den boende drabbas av allvarlig skada eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom
- △ fallskador som lett till allvarliga konsekvenser för boende och om föranletts i brister i samband med undersökning, vård och behandling
- △ förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar
- △ där läkemedel är inblandade om de föranlett eller borde ha föranlett aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhet
- △ utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård behandling eller rehabilitering som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- △ felaktigt utförd undersökning, vård och behandling
- △ felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till patienten eller närstående
- △ felaktig, otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personalen vid behandlande vårdenhet
- △ felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter

4(8)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem

- △ tidigare okända eller mindre kända skador eller risker vid tillämpningen av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk
- △ sådana som förorsakats av brister i arbetsrutiner i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter
- △ vårdrelaterade infektioner
- △ handling som behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som har föranletts av brister i undersökning vård eller behandling

Föreskrifter 2 §

- △ En anmälan ska göras om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom.
- △ MAS tar del av samtliga avvikelser och fallrapporter som registreras i verksamheten genom datasystemet VIVA.

Vem anmäler en Lex Maria

- △ MAS utreder och fattar beslut om anmälan ska göras till Socialstyrelsen enligt Lex Maria enligt gällande delegationsordning. Utredning av om en avvikelse medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada leds av MAS i samverkan med chef och medarbetare på den aktuella enheten där avvikelser inträffat.
- △ Vård och omsorgsstyrelsen har delegerat ansvar för beslut om att anmäla enligt Lex Maria på MAS enligt gällande delegationsordning.

Hur ska en anmälan enligt Lex Maria ske

Anmälan görs av MAS på Socialstyrelsens anmälningsblankett.

Anmälan ska innehålla en intern utredning som ska innehålla följande:

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

1. Händelseförloppet beskrivet
2. Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder
3. Identifierade orsaker till händelsen
4. Riskbedömning, dvs. sannolikheten att liknande incidenter skall inträffa igen
5. Händelser av liknande art som tidigare inträffat i verksamheten
6. Riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen

Intern utredning

Då MAS fått kännedom om att en allvarlig incident inträffat i verksamheten bestäms en tid för den interna utredningen.

I mötet för den interna utredningen samlas i första hand den personal som arbetat på enheten då den aktuella avvikelsen eller fallincidenten skedde, samt verksamhetschef och MAS .

Händelseförloppet blir föremål för en genomgång som dokumenteras samt vilka åtgärder som vidtagits i samband med att incidenten upptäcktes.

Egen redogörelse som bilaga till den interna utredningen

Var och en som arbetat och varit involverad/tjänstgjort på enheten/ kring boende i samband med att incidenten uppstod ska lämna en egen personlig redogörelse.

Det är viktigt att beskriva händelseförloppet så sakligt och neutralt som möjligt

Detta blir en bilaga till den interna utredningen som också läggs till som bilagor i en Lex Maria anmälan

Om den interna utredningens resultat påkallar en anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen

Om MAS gör bedömningen att avvikelsen/fallincidenten ska anmälas vidare som en Lex Maria skrivs anmälan av MAS. Personliga yttranden från medarbetare återges in i den interna utredningen och läggs som skriftliga bilagor till Socialstyrelsen i anmälan.

Kopia på anmälan lämnas till verksamhetschef och kan kompletteras med en muntlig genomgång av MAS. Verksamhetschef återkopplar i första hand anmälnans innehåll

6(8)



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinsk ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

till medarbetare inom enheten.

MAS kan vara behjälplig i återkopplingen till personalgrupp kring själva anmälan om verksamhetschef önskar eller om MAS själv önskar göra återkopplingen i vissa fall.

Boendes egen redogörelse och upplevelse

Då en Lex Maria anmälan ska göras informeras den boende eller i förekommande fall den närstående om detta. Boende/närstående informeras om att de har rätt att lämna en skriftlig redogörelse på det inträffade. MAS ansvarar för att informera boende eller närstående enligt följande;

- ▲ Boende och i förekommande fall anhörig informeras att de inte är part i målet i en anmälan enligt Lex Maria
- ▲ Att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada
- ▲ Vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen
- ▲ Möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen enligt 7 kap. 10 §,
- ▲ Möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen
- ▲ Patientnämndernas verksamhet.

Boendes/närståendes egen redogörelse läggs som en bilaga i anmälan enligt Lex Maria.

MAS ansvarar ytterst för att det förs in en notering om detta i en daganteckning i omvårdnadsjournalen.

En Lex Maria anmälan ska ha inkommit till Socialstyrelsen inom två månader från händelsedatum för själva incidenten.



VÄRMDÖ KOMMUN

7(8)

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälnings skyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Handlingsplan

I samband med att beslut tas att det ska göras en Lex Maria anmälan ska det finnas en upptecknad handlingsplan som utformas efter den riskbedömning som görs i samband med att incidenten upptäcks. Detta görs i syfte att liknande incident inte ska inträffa igen.

Förbättringsåtgärder och ansvarsfördelning upprättas på handlingsplanen.

MAS ansvarar ytterst för uppföljning av handlingsplanen. Handlingsplanen upprättas tillsammans med verksamhetschef och medarbetare där ansvaret för olika insatser tydliggörs samt en aktuell tidsplan.

MAS informerar ansvarig nämnd/nämnder och produktionschef om innehållet i anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen.

När beslutet av Lex Maria kommer från Socialstyrelsen

MAS mottager detta beslut och tar kontakt med verksamhetschef för tid att återkoppla beslutet för personalgrupp/ annan grupp/ enskild medarbetare.

Handlingsplan kan härvid behöva revideras beroende på Socialstyrelsens beslut.

Information till boende eller närstående då beslut kommer från Socialstyrelsen

Boende eller i förekommande fall närstående ska underrättas när beslutet kommer från Socialstyrelsen. Boende eller närstående har rätt att få en kopia på Socialstyrelsens beslut. Ansvarig för att lämna det är MAS. En kopia på anmälan sätts in i den boendes omvårdnadsjournal.

Information till vårdgivare och produktionschef

Beslut från Socialstyrelsen kring Lex Maria rapporteras av MAS muntligt och skriftligt till ansvarig nämnd samt produktionschef.

Ann-Christin Nordström

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



VÄRMDÖ KOMMUN

Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.