



Patientsäkerhetsberättelse

Social- och omsorg 2018

Carina Bark

Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Övergripande mål och strategier	5
Verktyg för uppföljning	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet.....	6
Samverkan med läkare organisation	6
Trygg hemgång och effektiv samverkan	7
Nationella kvalitetsregister.....	9
Habilitering/rehabilitering	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Samverkan mellan patient och närstående.....	12
Riskanalys/riskbedömningar.....	13
Informationssäkerhet och dokumentation	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Resultat av rapporterade avvikelser	14
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	16
Bilaga 1:	17
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	17
Stödfunktioner	18

Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659). Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada¹.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att få en inblick i arbetet att genom ständiga förbättringar erbjuda god och säker vård.

Socialstyrelsens beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: "Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser". Verksamheten får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Verksamheten får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karakteriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på verksamhetssystem istället för individen. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som ska fungera som barriärer.

I denna rapport redogörs för patientsäkerhetsarbetet under 2018 och ger exempel på hur verksamheten arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som behöver utvecklas inom Division Social omsorg.

För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå.

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående och känner meningsfullhet i tillvaron.

Patientsäkerhet är

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

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområden i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal återkommande avvikelser inträffar.

¹En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av 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.

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

Övergripande mål och strategier

Gemensam nämnd för socialtjänst och vård (NSV), Handlingsplan för äldre finns beskrivet gemensamt mål för gemensamt arbete. Viktiga områden för att nå målen är:

- God läkemedelsbehandling
- God vård vid kronisk sjukdom och mulitsjuklighet
- Preventivt arbetssätt
- Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården
- God vård i livets slut

Vård- och omsorgsnämndens, VoN, mål och förväntningar på resultat för 2018:

- Nyköpings kommun har en bra samverkan med landstinget avseende trygg och säker hemgång. Indikator: Antalet betalningsansvarsdagar.
- Alla får relevant smärtlindring vid vård i livets slut. Indikator: Andel patienter som fick sin smärta skattad under sista levnadsveckan; målvärde 60 %.

Division Social omsorgs, DSO, övergripande mål och strategier för 2018:

- Nyköping kommun har ett bra samarbete med landstinget
- Att alla får en relevant smärtlindring vid vård i livets slutskede.
- Säkerställa att vården sker i samverkan med individen och, när denne godkänner detta, även med anhöriga

Verktyg för uppföljning

Risk-och avvikelshanteringssystem

Journalgranskning MAS

Kvalitetsregister

Palliativa registret

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Riskbedömning- Senior alert (munhälsa, fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion/inkontinens)

Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser

Hygienronder

Extern granskning av läkemedelshantering (avtal med farmaceut)

Läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkarorganisationen

Klagomål och synpunkter

Uppföljning genom egenkontroll

Under året gör MAS uppföljning av verksamheten och olika områden samt återskärningar till vårdgivaren och verksamheten. Verksamheten arbetar med de förbättringsområden som framkommer i rapporterna och de övriga egenkontrollerna som görs i verksamheten.

Uppföljningar som är genomförda under 2018 av MAS är:

- Journalgranskning Se rapport VON18/13

Övriga egenkontroller som verksamheter har gjort under 2018:

- Riskbedömning inför sommarbemanning
- Nattfastemätning
- Självskattningar av basalhygien
- Uppföljningar av delegeringar
- Hygienronder i verksamheten
- Loggkontroller
- Uppföljningar av signeringslistor
- Läkemedelsgenomgångar

Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet

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

Samverkan med läkare organisation

Uppdaterat avtal finns för samverkan med de som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Sjuksköterskor har fått information om de uppdaterade avtalet och känner och arbetar efter dessa.

Olika samverkans möten finns mellan verksamhetschef för läkare och divisionen social omsorg på olika nivåer som träffas regelbundet för att följa upp samverkan mellan varandra.

Rutin för intern samverkan mellan verksamhetschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Denna rutin togs fram under projektet patientsäkerverksamheter då man saknade en tydlighet kring hur samverkan skulle fungera inom divisionen social omsorg.

Rutinen är känd hos enhetschefer och legitimerad personal, rutinen är inte lika känd hos nya enhetschefer och legitimerad personal här behöver vi bli bättre på att informera om den vid introduktionen.

Inom särskilt boende för äldre och socialpsykiatri har verksamheten haft regelbundna samverkans möten med enhetschefer. Här arbetar verksamheten också efter rutin för hälsokonferenser och det fungerar bra i de flesta verksamheter.

Inom funktionshinderområdet behöver rutinen göras mera känd hos enhetschefer, för att utveckla samverkan bättre med legitimerad personal. Här arbetar också verksamheten efter rutin för hälsokonferenser och detta samarbete fungerar bra.

Inom hemtjänst och hemsjukvården finns bra samverkan mellan sjuksköterskor, enhetschef och omvårdnadspersonal. Rehab personal saknar här en struktur på samverkan sedan hälsokonferens togs bort inom hemtjänsten.

Det är viktigt med en fungerade samverkan/samarbete för att kunna ta tillvara varandras kompetens föra att kunna bedriva en god, säker vård och omsorg.

Trygg hemgång och effektiv samverkan

Under 2018 så började den länsgemensam riktlinje "Trygg hemgång och effektiv samverkan" gälla. Målsättningen med den är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

Alla verksamheter arbetar efter tre patient processer:

Grön process

Patient som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som innan sjukhusvistelsen eller som har minder nytillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som hemgång.

- **Gul process**

Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.

- **Röd process**

Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser.

Kommunen och landstinget använder sig av ett IT-stöd, Prator för samordnad planering. Prator fungerar som meddelandehanterare mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och kommunerna.

Division social omsorg har under 2018 följt upp hur arbetet går med den nya riktlinjen genom olika uppföljningar.

Återrapportering har skett till divisionen ledningslag av myndighetschef och utsedd projektledare och en slutrapport för mplementering av trygg hemgång och effektiv samverkan. (ärendenummer i Platina 111042).

Åtgärder/förändringar som har genomförts under 2018 för att nå målen i riktlinjen är:

- Myndighetsfunktionen har förändrat sitt arbetssätt, handläggare finns på sjukhuset och korttidsboendet.
- Hemsjukvårdens sjuksköterskor har ändrat sin områdesindelning, det finns i dag en till två sjuksköterskor per hemtjänstgrupp så att ett närmare samarbete sker mellan personal och enhetschef.
- Enhetschefer för hemtjänsten har fått tillgång till systemet i Prator.
- Ipads finns hos myndighetsfunktionen, hemsjukvården, hemtjänsten och boendestöd för att kunna ha videoplanering i individernas hem. Ett virtuellt mötesrum finns på myndighetsfunktionen.
- Hemsjukvården har efter projektet hälsofrämjande team tagit fram arbetssätt och rutiner i samverkan med sjukhuset och hemtjänsten för en trygg hemgång.

De resultat som beskrivs i rapporten är:

- Medeltalet för utskrivningsklare ligger under tre hela 2018.
- Personalen har kunskap om och använder den nya processen.
- IT-stöd är på plats och används.

Det finns fortfarande förbättringsområden som divisionen bör fortsätta att arbeta med:

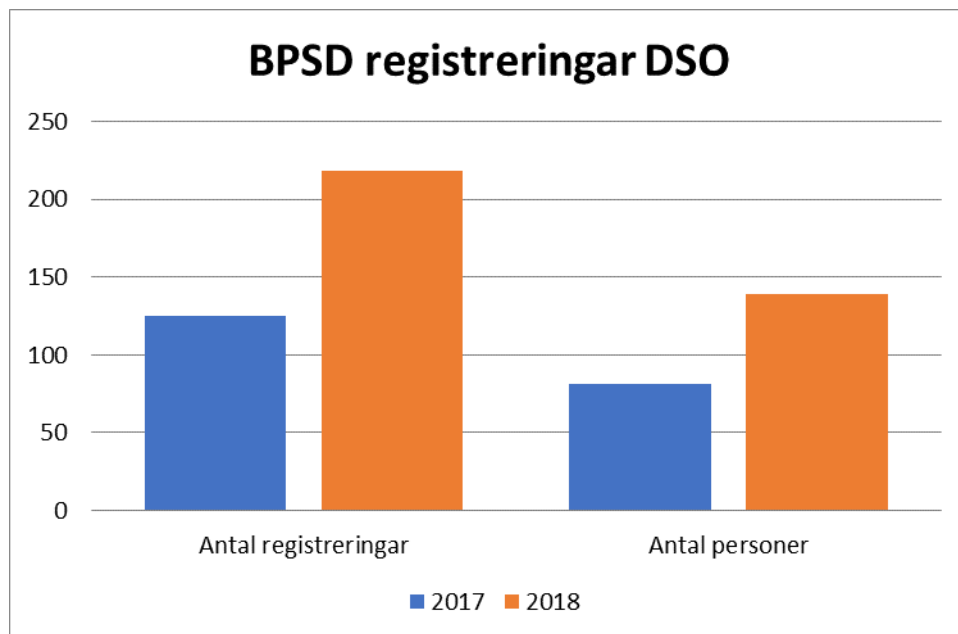
- Se över processen på korttidsboendet så att bättre samverkan sker mellan det olika professionerna.
- Öka andelen SIP
- Öka andelen att vårdplanering sker i hemmet.
- Förbättra det proaktiva arbetet i samverkan men primärvården för att undvika slutenvård.
- Förbättra årliga strukturerade uppföljningar och utvärderingar av sköra patienter.

Nationella kvalitetsregister

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) registret

Att arbeta med BPSD registret bidrar till ökat livskvalité för personer med demenssjukdom och stödjer verksamheterna i att arbeta systematiskt med utvecklingen av omvårdnadsåtgärder.

Alla demensenheter är ansluta till registret och några äldreenheter är ansluta samt dagverksamheten för demens. Arbetet med registret BPSD Har förbättrats sen 2017 vi kan se bra ökning av antalet registrerade se bilaga 1.



Bilaga 1. (Källa; BPSD registret)

Vi ser att arbetet med att personer har en bemötande plan har ökat.

Det kan ibland räcka med en väl genomtänkt bemötandeplan för att förebygga och minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens vid demens. Bemötandeplanen ska beskriva hur mötet över dygnet, mellan personen med demenssjukdom och personalen ska vara för att förebygga och/eller minska beteendemässiga och psykiska symtom som eventuellt har uppkommit.

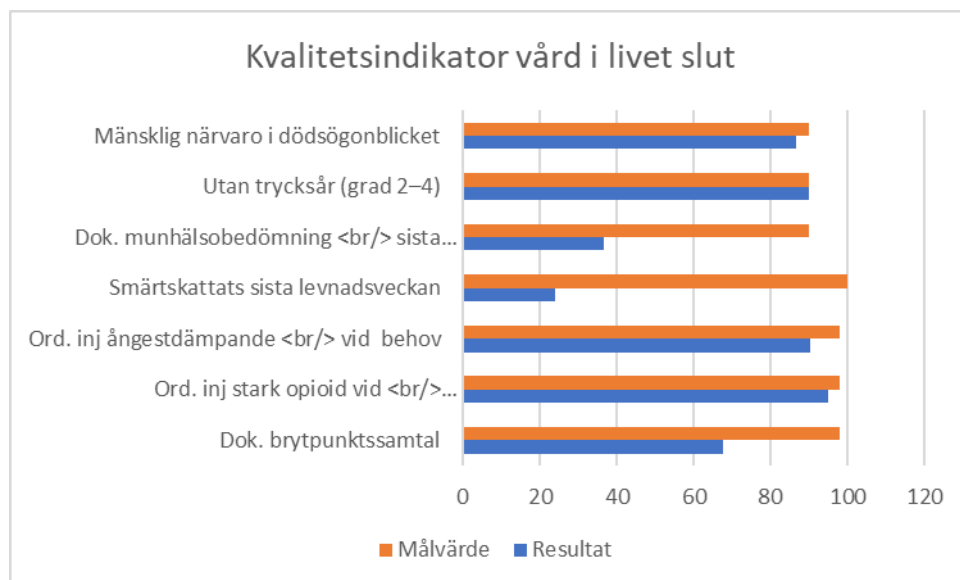
BPSD registreringar totalt	Andel 2018	Andel 2017
Personer som har olämpliga läkemedel	19 %	27 %
Personer som verkar smärtfria	60 %	67 %

Personer som har en bemötandeplan	82 %	67 %
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	74 %	76%

Källa: BPSD-registret

Palliativa registret och vård i livet slut

För att patienten ska få bra vård vid livets slutskede är det viktigt med god samverkan mellan personal, patient, anhöriga och läkarorganisationen. Till stöd för ökad kvalitet vid livets slutskede deltar verksamheten i stödverktyget palliativa registret som innefattar tydlig vårdplanering.



Källa: Palliativa registret, Nyköping kommun.

Det är tre områden som vi behöver utvecklas och blir bättre på;

- smärtskattning med validerat instrument
- dokumentation av munhälsobedömning
- dokumentation av brytpunktssamtal

Det finns bra kunskapsstöd på svenska palliativets registers hemsida som vi behöver bli bättre på att använda oss av, exempel på kunskapsområden som finns är, om brytpunktssamtal, munhälsa, smärta och smärtlindring.

Senior alert – riksbedömningar

Att systematiskt arbeta med riskbedömningar på individnivå i senior alert främjar den vårdpreventiva processen.

I senior alet ingår det att göra riskbedömningar och vidta åtgärder för personer inom dessa fem områden: trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdusfunktion.

Alla fem områden hänger samman, om en person har problem med munhälsa äter man mindre, får därmed i sig mindre näring och risken för att ådra sig ökad skörhet ökar risken för att falla.

Vi ser att arbetet med att registrera individer i senior alet har ökat sen förra året, arbetet går bra framåt och vi behöver fortsätta att hålla i detta arbete.

Hemsjukvården har utbildat medarbetare i senior alet som stöd för att arbetet går framåt inom hemsjukvården.

Senior alert	2016	2017	2018
Antal unika personer registrerade	202	159	310

Källa: Senior alert

Det vi behöver se över våra rutiner kring arbetet med kvalitetsregister och vi behöver även fortsätta att utbilda i de olika registren. Vi behöver också på enhetsnivå blir bättre på att hålla koll på våra resultat och reflexerna över det arbete vi gör, blir det bättre med de åtgärder som vi gör och varför? Varför inte?

Här finns också olika kunskaps stöd/verktyg framtagna på de olika kvalitetsregistren som kan användas i verksamheten.

Habilitering/rehabilitering

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med förskrivningsprocessen. De bedömer patientens behov av hjälpmedel, provar ut och följer upp. De utbildar och instruerar personal i lyft, förflyttningsteknik och praktisk handledning av personal i hjälpmedelshantering och rehabiliterande/hälsofrämjande förhållningssätt.

Det finns även möjlighet till individuell träning/ behandling av fysioterapeut och arbetsterapeut. Arbetet ska leda till att förbättra livskvaliteten och sträva efter att bevara funktionen hos patienten.

Det finns rutiner i verksamheten kring medicintekniska produkter, alla produkter som hyrs från hjälpmedelscentralen besiktas och servar av deras tekniker.

Produktinformation lämnas alltid ut i samband med utlämnade av medicinskt tekniska produkter.

Rehabiliterade och hälsofrämjande arbetsätt behöver utvecklas mera i verksamheten. Det är viktigt att all personal har kunskap om hälsofrämjande förhållningssätt. Det finns framtaget utbildningsmaterial kring detta på IN som verksamheten kan använda sig av.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Varje år uppdateras och förnyas avtalen mellan de olika vårdgivare som har läkaruppdraget för kommunens demensboende, äldreboende och hemsjukvården. I avtalen anges hur samverkan ska ske, vilken läkare som är ansvarig, hur ofta och när läkaren ska finnas tillgänglig på olika boenden och för hemsjukvården.

Samverkansmöten har skett regelbundet under 2018 mellan kommunen och de olika vårdgivarna för att följa upp samverkan och avtalen.

Samverkansgrupper som finns mellan olika vårdgivare och verksamheter för att förbättra och förebygga vården är:

- Arbetsgrupper inom områdena äldre, psykiatri och funktionsnedsättning inom ramen för närvårdsarbetet.
- Samarbete med Landstinget angående NPÖ
- Samarbete med landstingets smittskydd/hygien. Utbildning för vårdpersonal och enhetschefer i hygien
- Samarbete med Landstingets läkemedelskommitté i frågor såsom "äldre och läkemedel", läkemedelsgenomgångar m.m.
- Samarbetsmöten primärvård/kommunen
- Arbetsgrupper för trygg och säker vård genom hela patientprocessen
- Hälsoval
- Länsövergripande MAS - nätverk.
- Länsövergripande arbetsgrupper inom olika områden t.ex. diabetes, nutrition, suicid.

Samverkan mellan patient och närstående

Hälso-och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patientlagen trädde i kraft 2015 1 januari, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet.

Verksamheterna arbetar med att göra patienten delaktig i vården, genom att informera om den vård och behandling som ges.

När ny patient blir aktuell för verksamheten gör legitimerad personal en bedömning av vilket behov av hälso-och sjukvård som finns och planerar åtgärder för detta.

Om behoven av åtgärder är långvariga ska en hälsoplan upprättas och följas upp av legitimerad personal.

Risakanalys/riskbedömningar

Risakanalys görs på individnivå via de olika kvalitetsregister och bedömningsinstrument som finns i journalsystemet som ska användas i verksamheten.

Verksamheten har gjort olika riskbedömningar som tex, inför sommarbemanningen, inför jul och nyårsbemanningen samt inför olika förändringar i verksamheten. Arbetet med att göra riskbedömningar har kommit igång och vi behöver fortsätta att utveckla och förbättra detta.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts av apotekare i verksamheten under året tillsammans med läkemedelssansvarig sjuksköterska och MAS.

Alla lokala läkemedelsrutinerna ska vara aktuella och uppdateras vid förändringar.

Informationssäkerhet och dokumentation

Verksamheten har rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Åtkomstkontroller görs med regelbundenhet i verksamheten, ansvarig enhetschef granskar loggar.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört kvalitetsgranskning av dokumentationen under 2018.

Rapport finns dokumenterat VON18/13 och återrapporterat till vård och omsorgsnämnden.

Styrkor som framkom i rapporten:

- Alla journaler har närstående angivna
- Inskrivningsdatum finns
- Journalerna är skrivna med respekt för patienten
- Journalerna är skrivna på ett tydligt och förståeligt sätt
- Inom Hemsjukvården 60 granskade journaler hade 54 journaler aktiva hälsoplaner.

Svagheter som framkom i rapporten:

- Samtycke saknades i hälften av de granskade journaler
- Bedömningsinstrument används endast i enstaka journaler
- Hälsoplaner är inte helt fullständiga

- Dokumenterad information om patientens delaktighet saknas i flera journaler
- Uppdatering av vem som är ansvarig sjuksköterska saknas i en del journaler
- Verifierade medicinska diagnoser sakna i en tredjedel av journalerna

Fortsatt egenkontroll av journaler behövs, vi behöver även utbilda mera kring dokumentation enligt, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF samt klassifikation av vårdåtgärder -KVÅ. Hur detta kan användas i strukturerad dokumentation i kommunal hälso-och sjukvård. Det finns en lång tradition inom sjuksköterskor att använda sig av VIPS modellen som dokumentation för hälso-och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare är skyldig att rapportera avvikelser som inträffar i verksamheten. Att rapportera avvikelser är en viktig del i förbättringsarbetet och för att förhindra att större vårdskador inträffar.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska rapporteras via det digitala avvikelshanteringssystemet och uppföljning ska ske regelbundet. Enhetschefen ansvarar för att händelsen analyseras, åtgärdas, följs upp och att återkoppling sker till berörda parter.

Med vårdavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten.

Rapportering av avvikande händelser är ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat och inte vem som varit inblandad.

Allvarligare händelser ska anmälas till MAS för bedömning och eventuellt anmälan om Lex Maria.

Resultat av rapporterade avvikelser

Läkemedel avvikelser inom division social omsorg

Verksamhet	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	617	476	403	408
Hemtjänst	259	167	225	230
Korttidsboende	27	21	14	13

Bostad med särskild service	176	130	93	125
Boendestöd	8	8	3	11
Personlig assistans	2	10	1	5
Hemsjukvård	1	1	7	1
Totalt:	1090	813	776	793

Källa: Rapport interna och externa avvikelser inom hälso-och sjukvården 2018-01-18.

Fall avvikelser (avvikelser där någon oavsiktligt har fallit)

I verksamheten sammanställs samtliga fallavvikelser oavsett vad fallet berott på. Det kan bero på brist i insatsen (Sol.) eller en konsekvens av vård och behandling (HSL).

Verksamhet	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	1228	1322	1055	1129
Hemtjänst	296	260	168	71
Korttidsboende	132	104	108	105
Bostad med särskild service	63	41	19	39
Boendestöd	-	0	0	0
Dagvård	1	1	2	0
Personlig assistans	11	10	1	5
Hemsjukvården	-	1	1	0
Totalt:	1731	1738	1354	1349

Källa: Verksamhetssystem procapita, enheter som inte tas med för 2018 är boendestöd och hemsjukvården.

Verksamheten behöver fortsätta arbetat med att minska fallrisker och utveckla bra åtgärder/hjälpmiddel så att fallskador minskas samt utveckla och ta hjälp av kvalitetsregistret senior alet.

Inga allvarliga avvikelser har anmälts som Lex Maria under 2018.

Klagomål och synpunkter

Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens synpunktsblankett.

Ansvarig enhetschef ansvarar för att utreda synpunkt och klagomålet samt återkoppla till den som rapporterat.

Klagomålshanteringen är viktig för att fånga upp felaktigheter och åtgärda dessa.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Sammanställning och analys

Resultat av uppföljning/utvärdering och analys av olika data visar att det bedrivs en god patientsäkerhet i verksamheten.

Det pågår många olika förbättringsarbeten i verksamheten både på övergripande nivå och på enhetsnivå.

Utvecklingsområde under 2018 har varit att följa arbetet kring Trygg hemgång och effektiv utskrivning för att säkerställa att patientprocessen blir så säker som möjligt mellan de olika vårdgivarana.

Verksamheterna bör fortsätta arbetet med att ta fram rutiner och identifiera de viktigaste patientprocesser så att en god patientsäkerhet uppnås.

Verksamheterna bör fortsätta att arbeta med de olika kvalitetsregistren som ett stöd i utvecklingsarbetet och förbättringsarbete.

Verksamheterna behöver fortsätta att bli bättre på att rapportera vårdavvikelse och se detta som viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet. Orsaken till avvikelsen/misstaget finns nästan alltid i organisationen eller systemet. Om inte vårdavvikelse upptäcks eller åtgärdas finns det risk att andra personer gör om samma avvikelse eller misstag.

Bilaga 1:

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordning. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

Verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom divisionen social- och omsorg bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt att hög patientsäkerhet uppnås.

Enhetschefen för boendeenheten och hemtjänst ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso-och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef för legitimerad personal ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god introduktion i arbetet och fördela personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

Legitimerade personal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård att arbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

Stödfunktioner

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

Patientnämnden ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje landsting och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, vi är anslutna till Sörmlands läns patientnämnd. De ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

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

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