HSL Slutrapport Bostad med särskild service barn

Bostad med särskild service för barn, LSS

Innehållsförteckning

Inledning **3**

Sammanfattning **3**

Metod **3**

Resultat **4**

A. Vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar 4
Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om 4
Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen 5
Riktlinje 3. Delegering 5
Riktlinje 4. Läkemedelshantering 6
Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen 6
Riktlinje 6. Kontakt med läkare eller annan HSL när patientens tillstånd fodrar det. 7
Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård. 7

Utvecklingsområden **7**

Inledning

Täby Kommunen har enligt kommunallagen skyldighet att följa upp all upp verksamhet som genom avtal eller uppdrag överlåtit skötseln av en kommunal angelägenhet. Inom de områden som omfattas av ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård utförs denna uppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller särskild utsedd person med god kännedom om hälso- och sjukvårdslagen och övriga lagar och förordningar samt avtal och uppdrag som reglerarar den kommunala hälso- och sjukvården i Täby kommun.
I verksamhetsområdet särskild service för barn enligt LSS 9:8 ingår ansvar för kommunal hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens, och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar dygnet runt årets alla dagar.
Syftet med uppföljningen är att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Den ska vara lättillgänglig.
Syftet är också att i dialog med verksamheterna stimulera till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården. I årets uppföljning vill vi se resultatet av de förbättringsarbeten och som verksamheterna vidtagit sedan förra uppföljningen.

Sammanfattning

Förra årets (2022) uppföljning visade på mycket varierade resultat. Flertalet fick redan då godkänt eller delvis godkänt på alla riktlinjer men inte alla frågeställningar. Både de med delvis godkända resultat och helt underkända resultat har i år (2023) förbättrat sina resultat inom samtliga områden.
De tre granskade verksamheter som inte låtit genomföra den lagstadgade externa kvalitetsgranskningen av sin läkemedelshantering de senaste två åren i förra årets uppföljning har under 2023 låtit genomföra en sådan granskning. Alla enheter har fått nedskrivna åtgärder som behöver vidtas för att säkra sin läkemedelshantering. Inom områdena riktlinjerna 6 och 7 har en av verksamheterna valt att utelämna kompletterande svar i årets uppföljning. Det gäller frågor som handlar om efterfrågad förbättrad rutin för skyddsåtgärder samt rutin för att hantera akuta sjukdomsfall och hjärtstillestånd.
Alla verksamheter har avslutningsvis uppmanats att ständigt arbeta med förbättringar, att följa upp och säkra hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt samt att hålla alla lokala rutiner uppdaterade och kända av samtliga medarbetare.

Metod

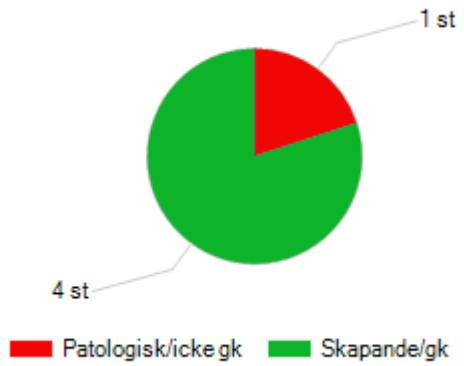
Alla verksamheter som hade minst en (1) placering i maj 2022 och hösten 2023 fortfarande har en (1) placering ingår i 2023 års uppföljning. Totalt deltog 4 verksamheter 2023 av de5 som deltog 2022.
Leverantörerna har fått besvara alla frågor som i fas ett (1) bedömts som icke fullt godkända. Leverantörerna har lämnat in redogörelser, dokument och rutiner som styrker hur man arbetat för att förbättra en god och säker vård för alla de frågor som under 2022 bedömts som icke fullt godkända. Därefter har en sammanfattande slutlig bedömning utifrån svaren i fas 1, fas 2 och fas 3 gjorts och som utgör slutresultaten i denna uppföljning.
Uppföljningen är indelad i 8 områden. Områdena/riktlinjerna 1- 7 omfattas av MAS lagstadgade ansvarsområden, område 8 omfattas av vårdgivarens organisatoriska ansvar. Respektive fråga har bedömts enligt SKRs bedömningsmall för patientsäkerhetsarbetet i fem steg.
Rött - patologiskt, icke godkänd (0 poäng)
Orange - reaktiv/icke godkänd (1 poäng)
Gul - byråkratisk, delvis godkänd (2 poäng)
Ljusgrön - proaktiv/delvis godkänd (3 poäng)
Grön - skapande/godkänd (4 poäng)
Respektive område/riktlinje får till sist en sammanfattad bedömning utifrån frågornas sammanlagda resultat.

Det är denna sammanfattande bedömning inom respektive område som redovisas här. Som bilaga finns samtliga frågor med aggregerade svar.

Resultat

A. Vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar

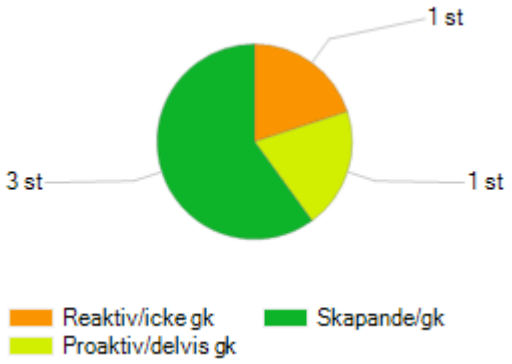
Inledande bedömning, år 2022



Slutgiltig bedömning, år 2023

Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

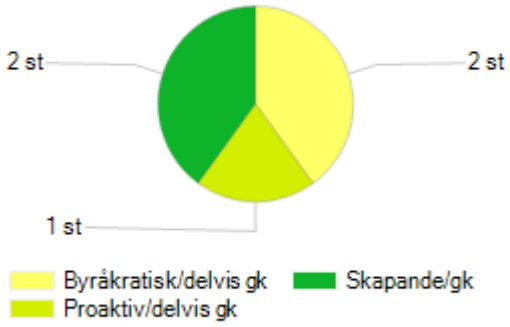
Inledande bedömning, år 2022



Slutgiltig bedömning, år 2023

Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

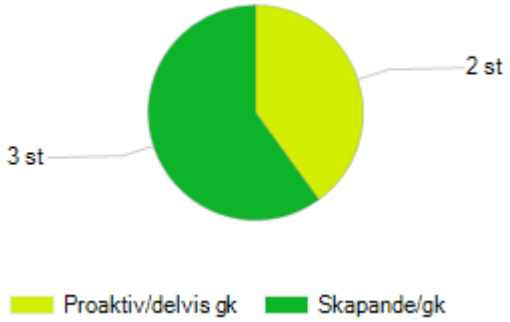
Inledande bedömning, år 2022



Slutgiltig bedömning, år 2023

Riktlinje 3. Delegering

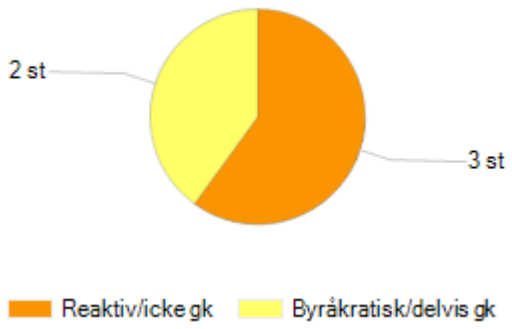
Inledande bedömning, år 2022



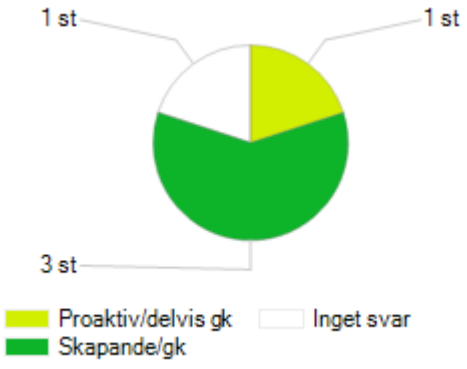
Slutgiltig bedömning, år 2023

Riktlinje 4. Läkemedelshantering

Inledande bedömning, år 2022

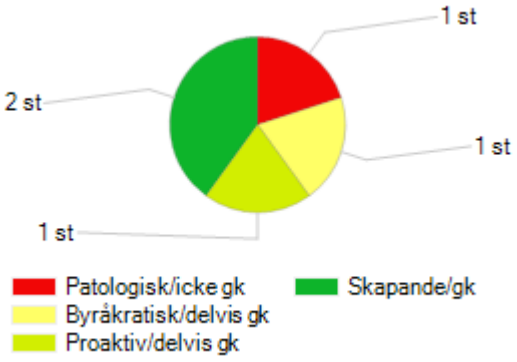


Slutgiltig bedömning, år 2023



Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen

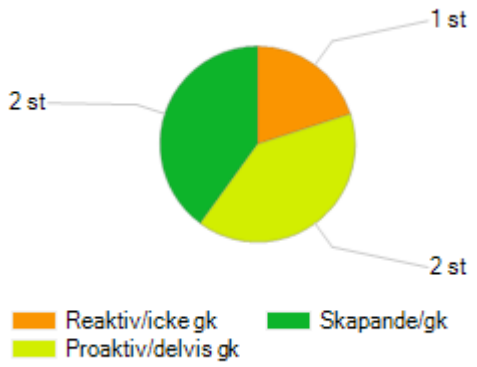
Inledande bedömning, år 2022



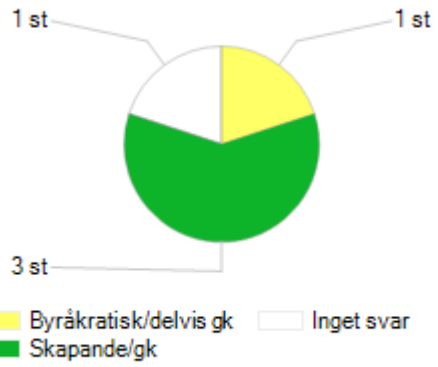
Slutgiltig bedömning, år 2023

Riktlinje 6. Kontakt med läkare eller annan HSL när patientens tillstånd fodrar det.

Inledande bedömning, år 2022

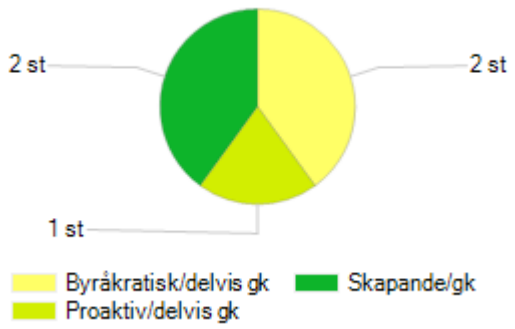


Slutgiltig bedömning, år 2023

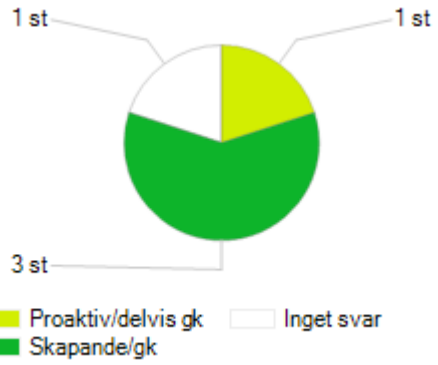


Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård.

Inledande bedömning, år 2022



Slutgiltig bedömning, år 2023



Utvecklingsområden

Läkemedelshantering
Alla verksamheter har av den som granskat deras läkemedelshantering fått en rapport med tydlig åtgärdsplan. Den åtgärdsplanen behöver alla arbeta vidare med för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering i alla led. I denna uppföljning har vi endast ställt krav på att granskningen ska vara genomförd under de senaste två åren men inte bedömt själva rapporten vilket inte fråntar vårdgivarnas ansvar att åtgärda det som lyfts fram i rapporterna.

Lokala rutiner
Flera av verksamheterna behöver arbeta med att skapa tydliga och enkla lokala rutiner. Vi kan se att verksamheter som tillhör stora organisationer ibland hänvisar till övergripande riktlinjer och styrdokument som aldrig brutits ner till lokala rutiner. En lokal rutin ska minst innehålla kortfattade uppgifter om a) syftet är med rutinen b) bakgrund, tex avtal, lagstiftning c) vad som ska göras och av vem - vem ansvar för olika arbetsuppgifter. d) vem som ansvarar för rutinen, när den är upprättad och när den ska revideras.

Samverkan med husläkarmottagningar
En av de stora utmaningarna för ansvariga vårdgivare inom området bostad med särskild service LSS, gruppbostäder för barn, är att etablera säkra och enkla kontaktvägar med olika husläkarmottagningar. Brukaren väljer själv husläkare vilket kan medföra att vårdgivaren ska samverka med upp till 5 olika husläkarmottagningar. Regionen och kommunala verksamheter har ett gemensamt ansvarar för att utveckla ett fungerande samarbete. I praktiken fungerar det oftast väl trots att det ofta saknas skriftliga samverkansöverenskommelser.

Rehabilitering och habilitering
Det som inte framkommer i vår uppföljning är att vi kan se att flera verksamheter drar ner på tillgången på rehabiliterings- och habiliteringspersonal. Det som då saknas är möjlighet för dessa personalgrupper att ha någon uppsökande verksamhet. Man lägger ofta hela ansvaret på baspersonal och ibland sjuksköterska att bedöma om det finns behov av rehabilitering eller habiliteringsinsatser. Många barn och ungdomar har kontakt med Regionens habiliteringsmottagningar men det saknas ofta tydliga samverkansrutiner mellan boendena och habiliteringen.