



Patientsäkerhetsberättelse 2020

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning	4
3	Struktur	5
3.1	<i>Övergripande mål och strategier.....</i>	<i>5</i>
3.2	<i>Organisation och ansvar.....</i>	<i>5</i>
3.3	<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>7</i>
3.4	<i>Patienters och närståendes delaktighet.....</i>	<i>8</i>
3.5	<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....</i>	<i>8</i>
3.6	<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>9</i>
3.7	<i>Egenkontroll.....</i>	<i>9</i>
4	Process-åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
4.1	<i>Risikanalys.....</i>	<i>13</i>
4.2	<i>Utredning av händelser- vårdskador</i>	<i>14</i>
4.3	<i>Informationssäkerhet</i>	<i>14</i>
5	Resultat och analys	15
5.1	<i>Egenkontroll.....</i>	<i>15</i>
5.1.1	<i>Checklista PPM-mätning</i>	<i>15</i>
5.1.2	<i>Checklista loggkontroll</i>	<i>18</i>
5.1.3	<i>Övriga egenkontroller.....</i>	<i>20</i>
5.2	<i>Avvikelser.....</i>	<i>20</i>
5.3	<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>21</i>
5.4	<i>Händelser och vårdskador.....</i>	<i>21</i>
5.5	<i>Risikanalys.....</i>	<i>21</i>
6	Mål och strategier för kommande år	22

1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen ger en möjlighet att belysa patientsäkerheten som en central del inom verksamhetsområdena både på en lokal och på central nivå. Det är viktigt att detta arbete utvecklas till en naturlig del av alla verksamheters vardag.

Vårdgivaren, Socialnämnden i Perstorps kommun, ansvarar för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården enligt 5 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska på nämndens uppdrag se till att kvaliteten och patientsäkerheten är hög i verksamheten.

Verksamheten har under 2020 haft ett stort fokus på patientsäkerhetsfrågor kopplat till Corona-pandemin för att säkerställa att alla delar arbetas med på ett säkert sätt, såväl för brukarna som för medarbetarna inom förvaltningen. Arbetet har avsett riskanalyser och bedömningar och åtgärder för att skydda riskgrupper, säkerställa att vårdhygieniska riktlinjer efterföljs samt upprätta lokala rutiner för bla utökad provtagning för såväl brukare som medarbetare, samt utveckla rutiner för att minska smittspridning samt smittspårning där detta har krävts. Pandemin har förutom revidering av befintliga rutiner satt samverkan mellan vårdgivare och andra huvudmän i fokus och det gemensamma arbete som krävs för att säkerställa att patientsäkerheten ges högsta prioritet. Detta har lett till att digitala möten har använts i stor utsträckning inom samtliga verksamheter där detta är möjligt.

Systematiskt kvalitetsarbete i form av en egenkontroller har utförts i verksamheterna dock även det i begränsad omfattning pga pandemin. Det har inte varit möjligt att genomföra externa granskningar som planerats göra som tex granskning av Apoteket samt hygienronder då rekommendationer om att fysiska möten ska undvikas, för att sedan ställas in helt. Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras årligen i samband med den nationella undersökningen via SKR vilken genomfördes under mars månad.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys, har fortsatt att utvecklas dock i begränsad omfattning pga rådande situation..

Synpunkter/klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra förvaltningens kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen, såväl internt som externt. En E- tjänst har utarbetats för att underlätta för medborgarna att lämna sina synpunkter på verksamheterna.

2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

3 Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren har fastställt följande vision för Perstorps kommun:

Som boende i Perstorp skall du känna dig trygg i att dina behov genom livets olika skeden tillgodoses inom devisen: *service, engagemang och bemötande*. Perstorps vision är att tillvaron ska utformas utifrån den enskildes behov och kännetecknas av tydlighet i utbud, trygghet, delaktighet och respekt.

Brukaren ska inte komma till skada eller utsättas för skada i vårdarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger brukaren en god och säker vård. Vårdgivaren ska utreda händelser, åtgärda bakomliggande orsaker samt vidta åtgärder för att förhindra att brukaren kommer till skada eller utsätts för missförhållande eller risk för missförhållande. Vårdgivaren har rutiner som säkerställer att detta sker.

Ledningsgruppen skapar årligen en Internkontrollplan vilken ska säkerställa att verksamheten uppnår följande mål:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer mm
- Upptäcka och eliminera allvarliga fel

Internkontrollplanen följs upp, utvärderas och revideras årligen. En tydlig och stabil intern kontroll bidrar till att verksamheten når sina mål, att rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och att verksamheten efterlever lagar och regler. I samband med uppföljning av Internkontrollplanen ser man över resultaten över åren och efter en samlad bedömning revideras samt kompletteras planen med nya mål efter att riskbedömning har gjorts vid framtagande av dessa.

3.2 Organisation och ansvar

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

Socialförvaltningen har en strategisk ledningsgrupp där förvaltningschef, verksamhetschef för vård och omsorg, myndighetsstrateg, ekonom, nämndsekreterare, systemansvarig och MAS ingår. Till dessa möten adjungeras utvecklingsstrateg en gång per månad. Här beslutas om rutiner men även genomgång och granskning av riktlinjer inför beslut av socialnämnden. Patientsäkerhetsfrågor tas upp och aktualiseras därmed löpande.

Inom samma förvaltning finns en ledningsgrupp för Vård- och omsorg som under året har utökats med en enhetschef som ansvarar för HSL- gruppen samt en del av hemtjänstgruppen. Det finns även en ledningsgrupp för IFO där samtliga enhetschefer inom området samt förvaltningschef ingår.

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och ansvarar därmed för att det finns ett kvalitets- och ledningssystem. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Dessa ska sedan brytas ned av Socialförvaltningen i form av olika aktiviteter för respektive verksamhet och föras ut i verksamheten.

Enligt 4 kap § 2 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef) där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Verksamhetschefen ska svara för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschefen ska följa upp och analysera verksamheten i syfte att kontinuerligt förbättra densamma.

Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten. Inom området som regleras av HSL är den lagstadgade verksamhetschefen, enligt 4 kap § 2 HSL, Förvaltningschefen i Perstorps kommun.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS ansvarar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS upprättar och beslutar om nya rutiner tillsammans med förvaltningsledningsgruppen samt ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer de lagar och föreskrifter som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Egenkontroller sker bl.a. via avvikelserapportering, journalgranskning, hygienmätning samt via läkemedelsgranskning av Apoteket. Riktlinjer som berör patientsäkerheten uppdateras av MAS och lämnas sedan för beslut till Socialnämnden. Rutiner som MAS ansvarar för beslutas i den strategiska ledningsgruppen.

Områdeschefen/ Enhetschefen ska bryta ned de övergripande kvalitetsmålen på enhetsnivå i form av olika aktiviteter för att uppnå dessa, samt leda och genomföra det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med styrdokument, lagar och föreskrifter.

Områdeschefen/ Enhetschefen ska bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten. Områdeschefen/ Enhetschefen ska informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner samt aktivt bidra till kvalitetsutvecklingen på enheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera brister i kvaliteten och missförhållande/risker för missförhållanden i avsett avvikelssystem.

Samtliga enheter inom organisationen följer riktlinjer från Vårdhygien och Smittskydd inom region Skåne gällande arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Vårdgivaren har valt att inte upprätta lokala rutiner gällande vårdrelaterade infektioner och smittspridning då vi anser att det mest korrekta och uppdaterade riktlinjerna skapas av Vårdhygien och Smittskydd vilket också resulterar i att patientsäkerheten beaktas på ett optimalt sätt. Under året har dessa rutiner och riktlinjer följt de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten har upprättat vilket innebär att hela kedjan av rutiner och riktlinjer gällande virusinfektioner och risk för smittspridning fått en djupare innebörd och ett stort fokus i samtliga verksamheter som också har visat sig vara under en ständig förändring.

Arbetsmiljöverkets riktlinjer används i verksamheten när det gäller frågor kring arbetsmiljön i vårdnära arbete för att på detta vis säkerställa att arbetsgivaren arbetar på ett korrekt sätt såväl utifrån arbetsmiljösynpunkt som patientsäkerhetssynpunkt. Detta kommer att arbetas vidare med under 2021 som en följd av Corona- pandemin.

Patientnämnden rapporterar inkomna synpunkter som ska hanteras där behov finns vilket görs av MAS som är kontaktperson till Patientnämnden. Under 2020 inkom inga ärenden till Perstorps kommun.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet har nya former för samverkan kring brukaren uppstått och fortsätter att utvecklas. Samtliga 33 kommuner i Skåne arbetar i ett gemensamt system som heter Mina Planer. Detta är ett system som möjliggör samverkan mellan slutenvård, primärvård samt kommun. Systemet har utvecklats så att även ambulans, Falcks läkarbil och privata vårdenheter har fått tillgång till systemet.

Mina Planer ska säkerställa att brukaren får den vård och det stöd som behövs och säkerställer att hemgångar sker på ett säkert sätt så att patientsäkerheten aldrig äventyras. Under 2020 har ytterligare en samverkansgrupp vilken benämns IHOP- A gått från ett projekt till ett permanent samverkansorgan. IHOP-A är ett komplement till Mina Planer där Hässleholms sjukhus, primärvården och kommunen planerar vården och eftervården vid hemkomst för brukaren via Teams/ Skype möten.

Skånes vårdområde Nordost har sedan några år en samverkansgrupp vilken benämns Rivö- Risker vid vårdens övergång. Samverkansgruppen innefattar Hässleholms sjukhus, Osby-, Hässleholm och Perstorps kommun. Här går man igenom de avvikelser som har förekommit och de förbättringar man kan arbeta vidare med.

Perstorps kommun har en lokal överenskommelse med Primärvården i Perstorp som har inneburit att antalet SIP ar och inskrivning i mobilt vårdteam samt läkemedelsgenomgångar har hanterats enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. Inriktningen gäller initialt de mest sjuka äldre.

Corona- pandemin har under årets gång tvingat fram olika samverkansgrupper för att på ett gemensamt sätt hantera alla de problem, frågor och funderingar som dagligen uppstod och fortsätter att uppstå. Tidigt startade Perstorps kommun upp en stabsgrupp i vilken kommunchef, förvaltningschef BuN, HR- chef, förvaltningschef Socialförvaltningen, verksamhetschef vård- och omsorg, MAS, förvaltningschef teknik och service, kommunikatör, kris- och säkerhetssamordnare, utvecklingsledare BuN ingår. Denna grupp har träffats regelbundet under året där uppkomna händelser avgjorde frekvensen. Denna samverkansgrupp har gemensamt arbetat med de frågor som har uppstått för att på ett säkert och effektivt sätt försökt kommungemensamt komma med de lösningar för att fortsatt driva verksamheterna under rådande omständigheter.

Länsstyrelsen startade tidigt upp ett samarbetsforum med alla Skånes kommuner och region Skåne samt andra aktörer för att i ett gemensamt forum samla frågor och information som skulle hanteras och tydliggöras i kommunerna efter rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Regeringen. Återrapportering till Länsstyrelsen från Perstorps kommun, liksom övriga kommuner i Skåne, har skett via rapporteringssystemet WIS.

Vårdhygien och smittskydd Skåne har haft regelbundna möten med Skånes medicinskt ansvariga sjuksköterskor för att uppdatera riktlinjer och föreskrifter som har krävts i hanteringen av Corona- pandemins framfart. Detta har varit speciellt avgörande i de fall av smitta som har förekommit såväl bland brukare som bland medarbetare inom samtliga verksamheter.

Vidare har flera andra forum för samverkan skapats, främst mellan kommunerna och region Skåne för att på ett säkert sätt få ut information och samla ihop frågor och funderingar från verksamheterna för att få ett gemensamt och säkert informationsflöde.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister som t ex BPSD registret och senior alert är den enskilde och närstående delaktiga i identifieringen och planering av åtgärder vid demenssjukdom och andra svårigheter som behöver uppmärksammas i omvårdnaden.

Under 2020 var det tänkt att äldreomsorgen skulle införa ett kvalitetsarbete gällande palliativ vård. Tillsammans med ASIH skulle medarbetarna börja arbeta efter NVP-nationell vårdplan vid livets slutskede för att på så sätt säkerställa att där behov finns, ska arbetet kring patienten säkerställa samma goda vård för alla i Perstorps kommun. Detta är ett arbete som kommer att påbörjas vid ett senare tillfälle. Perstorps kommun deltar i ett nätverk för palliativ vård där HSL gruppen är representerade.

Vid samordnad individuell vårdplanering/SIP ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående, kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare samt ansvarig läkare på primärvården eller slutenvården, för att utifrån den enskildes mål och behov planera de framtida insatserna, vården och behandlingen. I samband med att SIP genomförs för gruppen de mest sköra äldre görs också en bedömning tillsammans med brukare om inskrivning i mobilt vårdteam. Mobilt vårdteam är ett team som består av läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunens verksamhet.

Den dagen man flyttar in på särskilt boende eller beviljas hemtjänst erbjuds ett välkomstsamtal i samband med inflyttning eller när insatser påbörjats. I samband med detta upprättas en sk genomförandeplan där den enskilde samt närstående deltar.

Anhörigträffar som normalt anordnas regelbundet på kommunens särskilda boende har inte kunna genomföras pga Corona- pandemin.

Anhörigcentrum bedriver vanligtvis verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort stöd för anhöriga och närstående. Denna verksamhet har inte varit igång i vanlig regi utan har genomförts antingen via digitala möten eller via telefonsamtal.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt efter rutin, såväl internt som externt och inom samtliga enheter inom Socialförvaltningen. Pga dålig följsamhet till rutinen har denna reviderats. Fokus har varit att följa avvikelser i form av statistik, men en genomlysning av arbetet med avvikelserna samt ett proaktivt arbete med dessa hade varit ett sätt att arbeta med avvikelserna på ett mer kvalitetssäkrat sätt för att närmare titta på vad avvikelserna beror på och hur detta kan förebyggas. Följsamheten till rutinen kommer fortsätta att följas av MAS via internkontroll.

Vid händelser som rör sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande görs en lex Sarah rapport av den som upptäcker missförhållandet. Rapporten hanteras sedan av förvaltningschefen som också utser utredare i ärendet enligt rutin.

Vid händelser som rör sig om en vårdskada rapporteras detta på en blankett som finns på intranätet och utreds av MAS. Lokal rutin finns och följer samma process som avvikelser. Rutinen för avvikelser, lex Sarah och lex Maria ska gås igenom två gånger/år i samtliga verksamheter av respektive områdeschef.

MAS gör 2 gånger/ år en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Detta rapporteras till Socialnämnden bla genom Patientsäkerhetsberättelsen men även halvårsvis som en återrapportering till Socialnämnden.

3.6 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

En lag som reglerar patientnämndernas uppdrag Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 januari 2018. Patientnämnderna analyserar inkomna klagomål och synpunkter på aggregerad nivå. Detta återkopplas till kontaktpersonen två gånger/ år. MAS är kontaktperson till Patientnämnden och får ta del av inkomna ärenden och utreder samt besvarar dessa när det krävs.

Patientnämndsärenden utreds individuellt med fokus på att utveckla och kvalitetssäkra vården. Under 2020 har inga ärenden inkommit.

Inkomna klagomål och synpunkter hanteras enligt samma rutin som gäller för avvikelser. Orsaksutredare får uppdraget att utreda synpunkten. Orsaksutredning ska vara klar inom 14 dagar efter att ärende har mottagits.

Ärenden som har inkommit från IVO gällande vård- och omsorg har sammanställts och utretts av MAS och svar har sedan lämnats enligt önskemål till myndigheten. Under 2020 inkom fyra ärenden gällande klagomål.

Ärenden där MAS utreder händelsen återkopplas till Socialnämnden när det är aktuellt vilket sker fortlöpande under året.

3.7 Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll av basala hygienrutiner genomförs årligen i samband med SKR:s mätningar vilka äger rum mellan vecka 12-13. 2020 genomfördes mätningarna inom samtliga verksamheter inom vård och omsorg.

För att säkerställa att vi arbetar på rätt sätt gällande basala hygienrutiner har det även genomförts en hygienrond på Österbo. Denna gjordes tillsammans med personal från Vårdhygien region Skåne. I samband med detta har man påbörjat ett arbete med hygienombud inom samtliga verksamheter där det även ingår ett samarbete med enheten för lokalvårdarna då fokus ligger på att städa rätt samt smittstäd. I samband med Corona- pandemin har detta arbete inte kunnat genomföras som planerat utan begränsats till den egna arbetsplatsen.

Socialförvaltningen har ett upprättat avtal med Apoteket AB som på uppdrag av MAS genomför en översyn av läkemedelshanteringen. Det var andra gången denna form av egenkontroll genomfördes sedan 2015. Under 2020 har en granskning gjorts i hemtjänst och hemsjukvården.

Loggkontroller utförs enligt rutin för att kontrollera att information hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner. Kontroller utförs i form av stickprov på 10 %, slumpmässigt utvalda, av de anställda inom respektive enhet. Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournal förkommit.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Loggkontroller	4 gånger per år	Persnet, rutiner och riktlinjer

4 Process-åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Kvalitetsregister medverkar till ett ökat samarbete i verksamheterna. Perstorps kommun har i samband med projekt DIDEK (Digital Innovation for Dementia Care) återinfört arbetet med kvalitetsregistret BPSD. Testbädd DIDEK var en testmiljö där idéer, tjänster, metoder och produkter kunde testas, valideras och utvecklas i en verklig vårdmiljö. Enda kravet på idén, tjänsten, metoden eller produkten var att motivet bakom lösningen, och effekten av densamma i slutändan skulle kunna mätas i höjd livskvalité för individer med kognitiv svikt till följd av en demenssjukdom. Testmiljön var förlagd till Österbo. Projektet DIDEK avslutades under året men arbetet med BPSD registret fortsätter i verksamheterna.

Specifik omvårdnad vid demenssjukdom

BPSD-registrets syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteende – och psykiska symtom/BPSD och det lidande som detta innebär och att öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD-registret samt att ha en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till implementering av de nationella riktlinjerna för personer med en demenssjukdom vilket bidrar till en verksamhetsutveckling.

För att vårdtagaren ska registreras i BPSD registret krävs en demenssjukdom och att kommunen har HSL ansvar. Om det inte finns någon demensdiagnos ska utredning initieras till ansvarig läkare. Alla med en demenssjukdom har enligt nationella riktlinjer rätt till att få sina BPSD symtom bedömda minst en gång/ år.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör en sammanställning av de avvikelser som skett vid två tillfällen under året.

Avvikelserutinen har uppdaterats under året. Följsamheten till denna har dock varit dålig så till vida att åtgärdsförslag och utredningstid uteblir eller blir för lång. Det blir dock ingen konsekvens för den enskilde då avvikelsen ofta är hanterad av den som har upptäckt felet och i de fallen det har rört sig om t ex utebliven insats har denna redan tillgodosetts. Under 2021 kommer ett nytt verksamhetssystem implementeras där systemet även ska underlätta följsamheten till rutinen,

Avvikelserna har som tidigare gällt läkemedel, fall eller övriga händelser och inga avvikelser har registrerats som kan relateras till den pågående Corona- pandemin.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ska hantera inkomna synpunkter på vården och utreder och anmäler till IVO enligt Lex Maria. Lex Sarahrapporter hanteras av förvaltningschef enligt rutin, som beroende på ärende utser utredare i ärendet. MAS kan även utreda inkomna lex Sarah rapporter enligt uppdaterad rutin om MAS utses som orsaksutredare.

Under 2020 har ingen anmälan gjorts enligt Lex Maria. Tre ärenden enligt lex Sarah har utretts, dock har ingen skickats vidare till IVO.

IVO har inkommit med synpunkter i ett ärende som har berört LSS verksamheten men även tre andra ärenden gällande synpunkter på verksamheter inom Socialförvaltningen. Synpunkterna har besvarats och har sedan lämnats utan åtgärd av IVO.

Ett ärende överklagades till förvaltningsrätten där svar inte återkommit innan årets slut.

Basala hygienrutiner

Socialförvaltningen deltar i en nationell mätning av basala hygien- och klädregler som Sveriges kommuner och regioner/SKR ansvarar för. Mätningen sker nationellt en gång per år.

Läkemedelshantering

Följsamheten gentemot lokal rutin för läkemedelshantering följs upp via granskning av registrerade avvikelser. Avtal finns sedan hösten 2018 med Apoteket AB för granskning av läkemedelshantering i Perstorps kommun.

Läkemedelsgenomgång

Alla brukare där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är 75 år och äldre, med minst fem läkemedel, ska erbjudas en läkemedelsgenomgång varje år. Vid läkemedelsgenomgången samverkar ansvarig läkare inom Primärvården, apotekare och sjuksköterska från kommunen. En symtomskattning görs för att sedan analysera den tillsammans med ordinerade läkemedel och planera ev. justeringar, förändringar eller utsättningar av olämpliga läkemedel. Under 2020 har det inte gjorts läkemedelsgenomgångar i den omfattning som planerats vilket till stor del är en följd av Coronapandemin där fysiska besök har gjorts i en väldigt begränsad omfattning. utsträckning.

Inskrivning i kommunal hemsjukvård

I samband med att man skrivs in i kommunalhemsjukvård har ett tätt samarbete med Vårdcentralen i Perstorp gjort det möjligt att samtliga erbjuds ett sk inskrivningsstatus i samband med det, då det tas blodprover och görs kontroller på var och en som sedan dokumenteras och används som utgångsvärde vid all vård och omvårdnad av den enskilde. Brukare som är inskrivna i kommunal hemsjukvård har enligt hälso- och sjukvårdsavtalet även skrivits in i mobilt vårdteam där kriterierna för detta har uppfyllts.

Samverkan vid utskrivning

Hälso- och Sjukvårdsavtalet innebär: *Syftet med detta avtal är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Avtalet innebär, förutom grundöverenskommelsen, ett gemensamt utvecklingsåtagande med syftet att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö.*

IT systemet Mina Planer möjliggör ett gemensamt forum för planering och kommunikation mellan slutenvården, primärvården och kommunen. För att följa upp avvikelser och skapa forum för förbättringsåtgärder finns sedan tidigare ett forum som kallas RIVÖ (Risker I Vårdens Övergångar) där representanter finns från samtliga vårdgivare inom vårdområde Nordost följer upp, utvärderar och lämnar förslag till förbättring kring patienters ärenden.

Projektet i HOP(A)

Projektet i HOP(A) är ett projekt där Perstorp, Osby och Hässleholms kommun har ingått tillsammans med primärvård och slutenvården på Hässleholms sjukhus. Syftet med projektet i HOP(A) har varit att skapa en förtroendefull samverkan och planering till de brukare som har flera vårdaktörer. Den enskilde brukaren skulle uppleva en gemensam organisation, det vill säga en sömlös vård. Projektet syftade även till att ge en effektiv, jämlik vård av kvalitet på rätt nivå med individen i fokus.

Projektet avslutades i december 2020 och en sammanfattning av uppdraget har varit att hitta mätbara kvalitetsindikatorer till målen. Slutenvården har tittat på olika sätt för att

få brukarna mer delaktiga i utskrivningsprocessen och de som tillfrågats upplever virtuella möten med biståndshandläggare som positiva. På förslag är att ställningstagandet i IT redskapet Mina planer framöver ska delges brukarna att ha synpunkter på, för att sedan få dem utskrivna och där kunna se vilka professioner som är beslutade att tillgodose behov och ge vård och omsorg efter utskrivningstillfället. I det stora hela har projektet varit ett framgångsrikt projekt i en samtid med en pandemi. Fortfarande finns det en fortsatt utvecklingspotential där utgångsläget behöver bli brukarens, till förmån för den egna organisationens intressen. Detta har projektet i HOP(A) kommit närmare, men långt ifrån nått full framgång.

Dokumentation

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket 3 HSF för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i PDL. Detta är dock inte MAS ansvar ensamt. Vårdgivaren ansvarar exempelvis för att genom det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ska finnas säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Under 2021 kommer dokumentationsarbetet arbetas vidare med i samband med det nya verksamhetssystemets införande och en uppdaterad rutin gällande dokumentation har skapats.

4.1 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Vårdgivaren har sedan 2018 en rutin för riskbedömning i brukarens hem. Rutinen gör gällande att personal informerar brukaren om att man rutinmässigt utför riskbedömningar av arbetsmiljön i den enskildes hem. Vid riskbedömningen används checklista för riskbedömning.

Riskbedömningen utförs på uppdrag av områdeschef, utförandet kan göras av kontaktman eller annan vårdpersonal vid första mötet.

Vid förändringar görs ny riskbedömning. Bedömningen görs enligt följande:

Risk

Inga risker Bedömning överlämnas till områdeschef

Ej allvarliga risker Bedömning överlämnas till områdeschef som in-formerar skyddsombud

Allvarliga risker Vid allvarliga risker kontaktas områdeschef och skyddsombud som i samråd med brukare och/eller anhöriga upprättar en handlingsplan.

Områdeschefen ansvarar för uppföljning av handlingsplanen. Uppföljning av åtgärder sker på teammöten och/eller APT.

Vid tillbud och händelser görs utredningar med efterföljande analyser och förbättringsförslag för att minimera risken för att tillbudet sker igen Tillbudet följs av en riskanalys vilken görs enligt socialstyrelsens mall.

I rutinen för avvikelser ingår en bedömning av avvikelserna enligt socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys.

I samband med att Coronapandemin drabbade Sverige gjordes en genomgång av risker i samtliga verksamheter inom vård och omsorg gällande hantering av smitta såväl bland

brukare som bland personal. Detta gjordes tillsammans med de fackliga organisationerna. En viktig del i detta arbete har varit att hantera tillgång och efterfrågan på skyddsmaterial där det tidigt utsågs en funktion i verksamheten som ansvarade för tillgång på skyddsmaterial. Initialt var detta ett stort problem för samtliga verksamheter då bristen på skyddsmaterial nationellt gjorde att det noggrant följdes råd och riktlinjer som utformades av smittskydd Skåne och vårdhygien inom region Skåne. Det har även gjorts riskbedömning vid omvårdnadsnära arbete, vad räknas som vårdnära, hur ser risken ut för exponering av smitta och hur hanteras fastställd smitta i verksamheten, såväl ur brukaperspektiv som medarbetarnas. Detta arbete har fortsatt under året.

4.2 Utredning av händelser- vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en vårdtagare drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Vid varje inkommen avvikelse gällande vårdskada eller risk för vårdskada ska en utredning göras enligt rutin för avvikelser. Vid vårdskada eller risk för vårdskada ska MAS alltid utreda händelsen. Om MAS i sin utredning kommer fram till att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarligt vårdskada ska MAS snarast anmäla detta till IVO i form av en lex Maria anmälan.

Under 2020 har ingen avvikelse inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada.

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren ska enl. 4 kap. 3§ patientdatalagen (2008:355) föra åtkomstkontroller för att säkerställa att personalen inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa information som de inte ska hantera.

1. Uppföljning av loggkontrollerna har visat fortsatt goda resultat och visar god följsamhet till rutinen.

2. Riskanalys har gjorts utifrån: **Patientdatalagen 4 kap. 3§**

”En vårdgivare ska se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras. Vårdgivare ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörig kommer åt sådana uppgifter.”

3. Under 2018 uppdaterades rutinen för loggkontroll och följsamheten till rutinen har fortsatt fallit väl ut.

4. Redovisning av antalet genomförda kontroller av journalloggar sker kontinuerligt i systemet för kvalitetsledning Stratsys. Redovisningen sker av respektive områdeschef.

5. Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring följs enligt samma rutin men granskas även av Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta sker oftast vid utredningstillfällen som t ex avvikelser eller inkomna synpunkter. Under 2021 kommer det arbetas fram en granskningsmodell för kollegial granskning samt en utbildning för samtlig omvårdnadspersonal hur man söker texter i verksamhetssystemet samt möjliggöra för en utveckling av dokumentationen.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

5.1 Egenkontroll

5.1.1 Checklista PPM-mätning

Egenkontroll	Kommentar
Checklista PPM	<p>Vissa problem kring efterföljande av hygienrutiner har funnits i begränsad omfattning under året, vilket har förbättrats under Covid-19 perioderna. Har även funnits problem med volymerna av arbetskläder från ny leverantör som åtgärdats under året. (Vård och omsorg)</p> <p>Korrekt klädsel och handhygien har använts vid granskning. (Hälso- och sjukvård)</p> <p>Över lag är medarbetarna duktiga på och väl medvetna om hygienrutinerna. Det är beställt större volymer av arbetskläder. (Österbo)</p> <p>Detta år har mycket fokus legat på hygienrutinerna. Extra utbildningar har genomförts digitalt. Så resultatet borde vara bättre vid nästa mätning. (Ybbåsen)</p> <p>Har uppdaterat all personal i basala hygienrutiner, dels efter mätning men också på grund av Covid - 19 (Hemtjänst)</p> <p>Enligt min bedömning är medarbetarna duktiga på att använda arbetskläder. Förta halvåret på 2020 implementerade vi arbetskläder på varje arbetsställe med kroppsnära insatser. Det var problematiskt i inledningsskedet då det fanns visst motstånd till arbetskläder. Hygienreglerna efterföljs då i och med att vi har skärpta regler avseende hygien pga corona. Alla är väl medvetna om smittvägar osv. (Omsorg funktionshinder)</p>

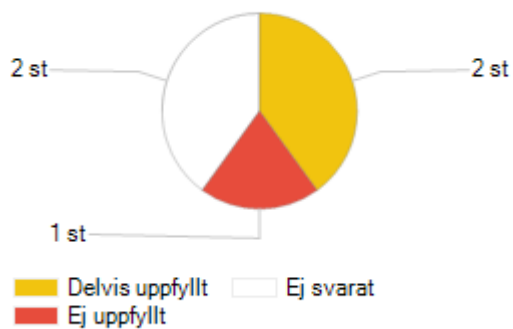
Fråga

Helhetsbedömning

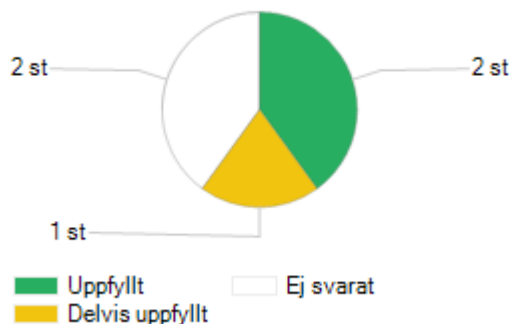
Fråga

Helhetsbedömning

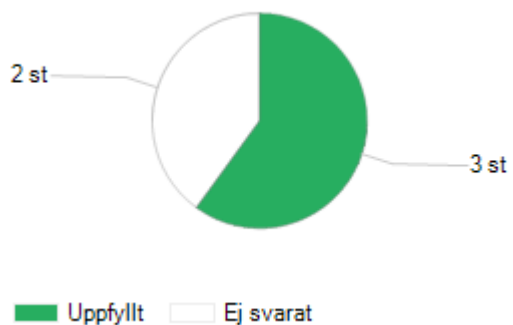
Korrekt desinfektion av händerna före



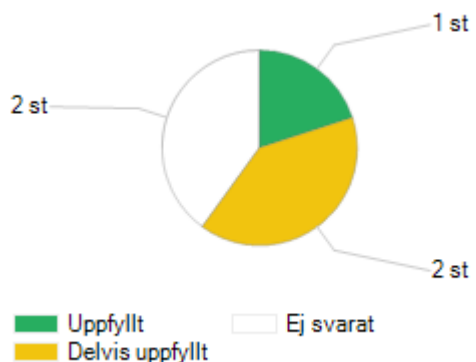
Korrekt desinfektion av händerna efter



Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor

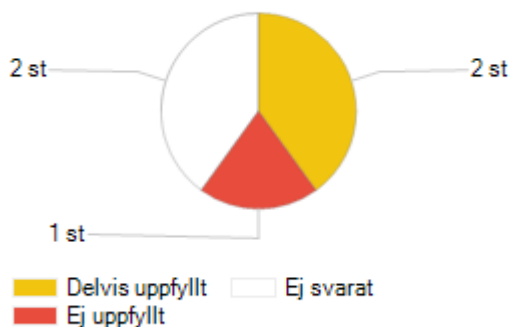


Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patient bunden skyddsrock

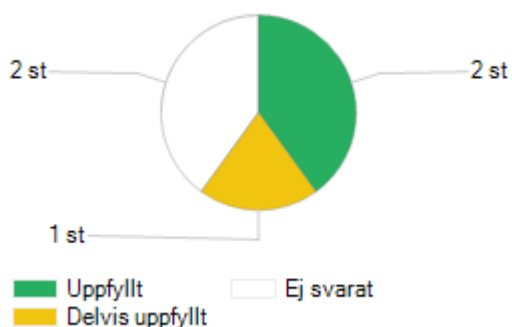


Fråga**Helhetsbedömning**

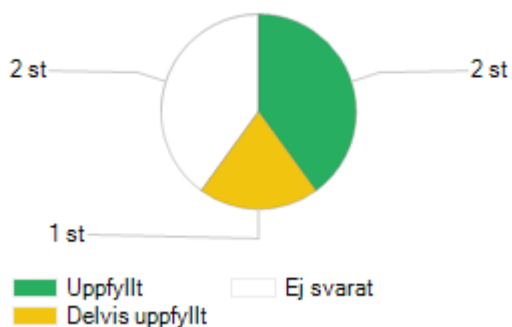
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (korrekt i samtliga fyra steg)



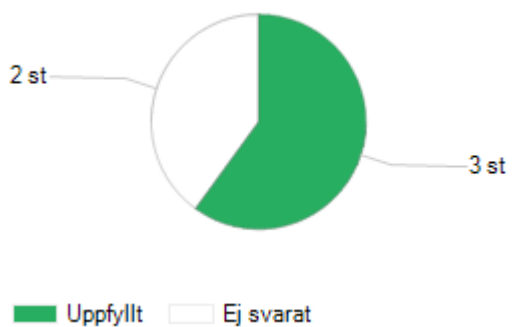
Korrekt arbetsdräkt


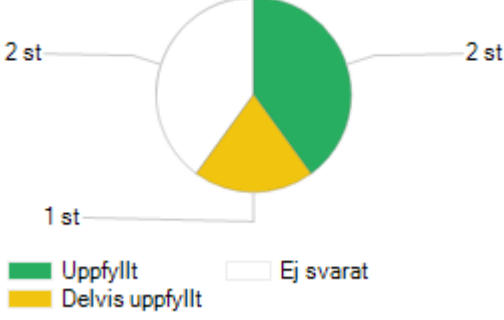
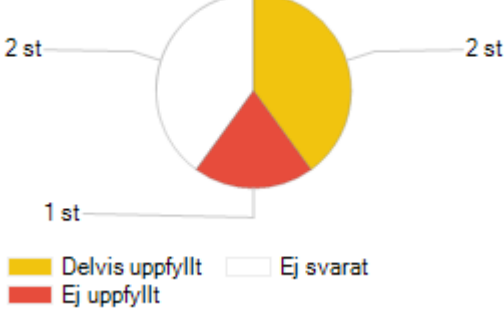


Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor



Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material






















Fråga	Helhetsbedömning
Kort eller uppsatt hår	 <p>A pie chart with two segments: a green segment representing 3 st and a white segment representing 2 st. The legend below shows a green square for 'Uppfyllt' and a white square for 'Ej svarat'.</p>
Korrekt följsamhet till klädregler (korrekt i samtliga fyra steg)	 <p>A pie chart with three segments: a green segment (2 st), a yellow segment (1 st), and a white segment (2 st). The legend below shows a green square for 'Uppfyllt', a yellow square for 'Delvis uppfyllt', and a white square for 'Ej svarat'.</p>
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (Korrekt i samtliga åtta steg)	 <p>A pie chart with three segments: a yellow segment (2 st), a red segment (1 st), and a white segment (2 st). The legend below shows a yellow square for 'Delvis uppfyllt', a red square for 'Ej uppfyllt', and a white square for 'Ej svarat'.</p>

Kompletterande kommentar till egenkontroll

5.1.2 Checklista loggkontroll

Egenkontroll	Kommentar
Checklista loggkontroll	<p>Har funnits en plan för dokumentationsutbildning utifrån tidigare avvikelser. Med anledning av fokus på Covid-19 så har detta inte startats upp och även problemet med att samla grupper är anledningen. Nya ställningstagande får tas efter sommaren för att öka kunskapen och förståelsen kring dokumentation. Införandet av nytt verksamhetssystem får också vägas in i detta. (Vård och omsorg)</p> <p>8 medarbetare kontrollerade utifrån slumpmässig loggkontroll 1 medarbetare var inte i tjänst under gransknings perioden och resterande 7 hade varit</p>

Egenkontroll	Kommentar
	inne i systemet och hade fog för det som utförts i verksamhetssystemet. (Hälsa- och sjukvård)
	Loggkontroll utan anmärkning. (Ybbåsen)
	Har inte fått uppgifter att registrera i loggkontrollen. (Myndighet SoL/LSS)
	Har inte fått uppgifter för att utföra loggkontroll. (Öppenvård)
	Har tre medarbetare som inte alls varit aktiv fastän jobbat alla dagar loggkontrollen gjorts. Överlag kan ses att medarbetarna läser mer än vad de dokumenterat. Kommer prata med medarbetarna som inte alls varit aktiv samt lyfta varför det dokumenteras för lite av vissa. (Hemtjänst)
	Loggkontroll utförd och genomgången. Ser inga konstigheter i dokumentationen. (Omsorg funktionshinder)
	Uppfyllt (Ekonomiskt bistånd)
	Målet är uppfyllt. (Barn och familj)

Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2020	Helhetsbedömning, Antal Q2 2020	Helhetsbedömning, Antal Q3 2020	Helhetsbedömning, Antal Q4 2020
Har medarbetare varit aktiv i systemet? (Läst och/eller dokumenterat)	 Uppfyllt 1 (st)	 Uppfyllt 4 (st)	 Uppfyllt 2 (st)	 Uppfyllt 2 (st)
	 Ej svarat 8 (st)	 Delvis uppfyllt 4 (st)	 Delvis uppfyllt 1 (st)	 Ej svarat 7 (st)
		 Ej svarat 1 (st)	 Ej svarat 6 (st)	
Verksamhetschefs kommentar				
Ingen anmärkning				
Har medarbetare varit i tjänst vid aktivitet i systemet?	 Uppfyllt 1 (st)	 Uppfyllt 7 (st)	 Uppfyllt 3 (st)	 Uppfyllt 2 (st)
	 Ej svarat 8 (st)	 Delvis uppfyllt 1 (st)	 Ej svarat 6 (st)	 Ej svarat 7 (st)
		 Ej svarat 1 (st)		

Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2020	Helhetsbedömning, Antal Q2 2020	Helhetsbedömning, Antal Q3 2020	Helhetsbedömning, Antal Q4 2020
Verksamhetschefs kommentar Ingen anmärkning				
Har medarbetare skäl till läst/dokumenterad journal/akt?	● Uppfyllt 1 (st)	● Uppfyllt 7 (st)	● Uppfyllt 3 (st)	● Uppfyllt 1 (st)
	■ Ej svarat 8 (st)	◆ Delvis uppfyllt 1 (st)	■ Ej svarat 6 (st)	◆ Delvis uppfyllt 1 (st)
		■ Ej svarat 1 (st)		■ Ej svarat 7 (st)
Verksamhetschefs kommentar Ingen anmärkning				

Kompletterande kommentar till egenkontroll

5.1.3 Övriga egenkontroller

5.2 Avvikelser

Sammanfattningsvis kring de inrapporterade avvikelserna gör gällande att omvårdnadspersonalen uppmärksammar fel i tex läkemedelshandlingen och rapporterar detta såväl gällande feldoseringar som uteblivna doser. Man rapporterar fallavvikelser och det som i systemet kallas övriga händelser.

Vi ser en minskning av externa avvikelser samt även avvikelser som görs på socialförvaltningen.

Bristerna vi har sett vid tidigare granskningar gällande följsamheten till rutinen finns fortfarande trots utbildning i hantering av avvikelser. Avvikelserna är ofta hanterade vid registrering så tillvida att missade läkemedel är givna, fall samt övriga händelser är hanterade men bristen är i flera fall att det saknas dokumentation kring i alla de steg som verksamhetssystemet kräver. Samtlig information finns oftast dokumenterat i den registrerade händelsen, övriga steg fylls inte i.

I det nya verksamhetssystemet är detta utvecklat på så sätt att man inte kommer vidare i hanteringen av den dokumenterade avvikelsen om man inte fyller i samtliga steg.

Mängden avvikelser under perioden 2020-01-01 t o m 2020-10-01 enligt nedan tabell:

Österbo:

- Avvikelser läkemedel: 64 st
- Avvikelser fall: 169 st
- Avvikelser övriga händelser: 17 st

Ybbåsen:

- Avvikelser läkemedel: 22 st
- Avvikelser fall: 48 st
- Avvikelser övriga händelser: 2 st

Hemtjänst:

- Avvikelser läkemedel: 139 st/ 125 st
- Avvikelser fall: 299 st/ 247 st
- Avvikelser övriga händelser: 35 st/ 75 st

LSS/ Socialpsykiatri:

- Avvikelser läkemedel: 6 st
- Avvikelser fall: 0 st
- Avvikelser övriga händelser: 2 st

5.3 Klagomål och synpunkter

I samtliga fall ser förvaltningen dessa klagomål/ synpunkter som en förbättringsåtgärd och en utveckling i kvalitetsarbetet.

Under föregående år inkom inga klagomål från Patientnämnden i Skåne.

Synpunkter från IVO har inkommit på bla myndighetssidan. Dessa har besvarats och har sedan lämnats av IVO utan åtgärd.

5.4 Händelser och vårdskador

Under 2020 har inga utredningar gjorts gällande vårdskador eller allvarliga vårdskador.

En händelse som utreddes parallellt som en lex Sarah utredning gjordes berörde en flytt från en gruppbostad enligt LSS till ett särskilt boende enligt SoL. Händelsen utreddes efter inkommit klagomål från anhöriga och ett överklagande av ett beslut. Resultatet av utredningarna har visat på brister i kommunikationen mellan enheterna inom vård och omsorg vilket har gjort att rutiner har utvecklats för detta. En kommunikationsplan ska upprättas för att säkerställa kommunikation från myndighet till verkställighet för att undvika liknande händelser, samt för att på bästa sätt göra flytten inom egna verksamheter så välfungerande som möjligt för att på så sätt tillgodose brukarnas behov på bästa sätt.

5.5 Riskanalys

Vid tillbud och händelser görs utredningar med efterföljande analyser.

Året som till stor del har kantats av Coronapandemin har lett till att riskanalyser har gjorts inom samtliga enheter inom Socialförvaltningen. En krisledningsstab som arbetar kommunövergripande har arbetat tillsammans under året för att uppmärksamma och hantera de risker som uppstår inom samtliga verksamheter för att skapa en trygg och säker arbetsplats.

Utvecklingen under året har fått Perstorps kommun att arbeta för ett gemensamt mål där det har varit att ge brukare och medarbetare information, arbetsredskap, uppdaterade rutiner och riktlinjer för att undvika onödiga och oförutsedda risker och skapa en trygg miljö för samtliga.

6 Mål och strategier för kommande år

Enligt 3 kap 1 § Patientsäkerhetslagen (210:659) har vårdgivaren en 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 (2017:30) upprätthålls.

En bruttorisklista är upprättad inom socialförvaltningen. Med tanke på väsentlighet och risk har man gjort en internkontrollplan.

Intern kontroll ska säkerställa att verksamheten uppnår följande mål:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer mm
- Upptäcka och eliminera allvarliga fel

Under det kommande året kommer ett nytt verksamhetssystem att implementeras. Det nya verksamhetssystemet Lifecare kommer att startas upp på IFO under våren och kommer att implementeras inom vård och omsorg till hösten. I samband med detta har Socialförvaltningen även upphandlat ett journalsystem för Öppenvården, Journal Digital, som ett komplement för att utveckla behandlingsarbetet inom kommunens verksamhet. Socialförvaltningen har anställt en utvecklingskoordinator som tillsammans med systemutvecklare kommer att arbeta med uppbyggnaden och införandet av systemet. Detta kommer också möjliggöra för en utbildning gällande dokumentation som samtliga medarbetare kommer att ta del av.

En utbildningssatsning kommer också att göras inom Socialförvaltningen då man har köpt in ett utbildningspaket som heter Diploma. Myndighetsstrategen kommer tillsammans med respektive områdeschef att skapa utbildningspaket som riktar sig till samtliga anställda inom hela förvaltningen.

Digitala lösningar har använts i stor omfattning under 2020 och kommer att fortsätta under 2021. Detta har visat sig vara ett väl fungerande arbetssätt som har skapat många möjligheter till möten, såväl i form av vårdplaneringar men även andra möten som har krävts för att skapa en fungerande verksamhet när fysiska möten inte längre har varit möjligt. Detta har också visat sig vara gynnsamt ur ett HUT- perspektiv då resor har minskat avsevärt.

Det gångna året som har varit kantat av Coronapandemin verkar fortsätta även under året 2021. Patientsäkerhetsarbetet kommer att fortsätta med fokus på basala hygienrutiner och följsamheter till detta samt de riktlinjer som bygger på Folkhälsomyndighetens råd. Det stora fokuset har varit att skydda de mest sköra äldre vilket kommer att fortsätta men även då inkludera övriga verksamheter för att på så säkert sätt hantera situationer som uppstår. Det stora arbetet med vaccinationer för såväl brukare som personal kommer att fortlöpa vilket också förmodligen kommer skapa andra förutsättningar för en fungerande vardag för samtliga.