



Patientsäkerhetsberättelse för Perstorps kommun År 2023



Datum 2024-02-28

Ansvarig för innehållet: Malin Olofsson Idrizovic, MAS (Medicinsk ansvarig sjuksköterska)

Diarienummer: SOC 2024/40

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Säker vård här och nu	24
Riskhantering	25
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Avvikelse	25
Klagomål och synpunkter	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28

SAMMANFATTNING

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

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.

Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för skada i vårdarbetet. Patienten ska känna sig trygg i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård

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

Systematiskt kvalitetsarbete i form av egenkontroller har utförts i verksamheterna. Under 2023 har egenkontroller utförts gällande loggkontroller och basala hygienrutiner, brister har identifierats och kommer arbetas med under 2024. Medarbetare har under året arbetat med kvalitetsregister för att kunna identifiera risker, planering, åtgärd samt uppföljning vilket är en del i det preventiva patientsäkerhetsarbetet. Under 2024 kommer följsamheten till registrering i kvalitetsregister följas och rapporteras till verksamheten. För att säkerställa patientsäkerhetsarbetet behövs en tydlig egenkontrollplan med kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

Synpunkter/klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra kvalitet och därmed höja patientsäkerheten.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

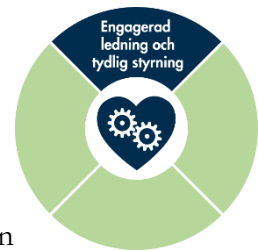
För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Socialförvaltningen har en förvaltningsövergripande ledningsgrupp (FÖL) med samtliga ansvariga chefer, MAS och stödfunktioner. Utöver detta finns en strategisk ledningsgrupp med socialchef, verksamhetschef för vård- och omsorg, myndighetschef barn, vuxen och familj. Då IFO inte har en verksamhetschef bjuds övriga enhetschefer från IFO in vid behov tillika MAS. Målet med den strategiska ledningsgruppen är att säkerställa alla olika processer, därav adjungeras olika chefer/funktioner beroende på fråga som hanteras.

Utöver dessa två forum finns sedan hösten 2023 ett mötesforum som enbart hanterar frågor gällande HSL. Deltagare vid detta möte är Socialchef, verksamhetschef för vård- och omsorg, HSL-chef samt MAS. I detta forum hanteras rutiner, riktlinjer och patientsäkerhetsfrågor. Beslut tas inom område som ligger inom delegationen, övriga ärende tas vidare till Socialnämnden.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

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.

Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för skada i vårdarbetet. Patienten ska känna sig trygg i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård.

Vårdgivaren ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Vårdgivaren behöver skapa en tydlig struktur och en uppföljningsbar plan för patientsäkerhetsarbetet. Därav kommer patientsäkerhetsberättelsen att utvecklas, för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i kommunen.

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ansvarar därmed för att det finns ett kvalitet- och ledningssystem. Perstorps kommun använder ledningssystemet Stratsys. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren ansvarig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och förebygga vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser, åtgärda bakomliggande orsaker samt vidta åtgärder för att förhindra att patienter kommer till skada. Vårdgivaren ska också informera patienten, underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem att framföra sina synpunkter.

Organisation och ansvar

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

I Perstorps kommun har kommunstyrelsen det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet som ansvarig vårdgivare. Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Socialnämnden ska säkerställa mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Patientsäkerhetsberättelsen ligger till grund för denna kvalitetssäkring och dokumentet beskriver hur förvaltningen arbetar med frågan under året.

Det är vårdgivarens ansvar att verksamheten bedrivs på det sätt som åsyftas i lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls (HSL 2017:30).

Socialchefens ansvar

Socialchefen har det yttersta ansvaret för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs med kvalitet inom förvaltning.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen inom kommunal hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för verksamheten samt att säkerställa patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet. Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

Enligt HSL Kap 11, 4 § ska det inom verksamhetsområde som kommunen bestämmer över, finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. MAS ansvarar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Riktlinjer som berör patientsäkerheten uppdateras av MAS och lämnas sedan för beslut till Socialnämnden. Rutiner som MAS ansvarar för beslutas i forum för HSL frågor. MAS ansvarar även för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer de lagar och föreskrifter som gäller inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att säkerställa att medarbetare har rätt kompetens och utbildning som krävs utifrån medarbetarens profession. Enhetschefen ansvarar även för att informera, utbilda och göra medarbetaren delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet samt att rutiner och riktlinjer är kända hos medarbetarna.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett yrkesansvar dvs eget ansvar för att utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt, arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet samt ge patienterna kompetent och omsorgsfull vård. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera händelser som kunde eller har medfört vårdskada till vårdgivaren.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelningen och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområde mellan Region Skåne och kommunerna. Samverkan mellan olika vårdgivare är av vikt för att kunna uppnå Hälso- och sjukvårdsavtalets övergripande mål ”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”.

Den 1 januari 2023 trädde en ny lag i kraft om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ersätter patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring. Lagen innehåller även bestämmelser om de delar av socialtjänstens verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Detta innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare efter att patienten lämnat sitt samtycke för informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier samt vårdgivare.

Under 2023 har samverkan skett i flera olika forum både genom extern samverkan och intern samverkan.

Extern samverkan:

SVU- Samverkan vid utskrivning (SVU) från slutna hälso- och sjukvård är en lagstyrd process som syftar till att personer ska få en snabb och trygg utskrivning. För att detta ska ske behöver berörda vårdaktörer samverka i en planeringsprocess tillsammans med den enskilde.

Medelpunkten- Samverkan sker på olika nivåer utifrån profession med hjälpmedelsfrågor som fokus.

MAS/MAR nätverk nordost- Samverkansträffar sker en gång per månad både fysiskt och digitalt för erfarenhets- och kunskapsutbyte.

Vårdhygien/smittskydd- Regelbundna samverkansträffar för information kring riktlinjer gällande vårdhygien och smittskydd.

Mina Planer- Mina Planer är ett gemensamt system som samtliga kommunen i Skåne nyttjar. Detta är ett system som möjliggör samverkan mellan slutenvård, primärvård samt kommun. Systemet har utvecklats så att även ambulans, IDOC och privata vårdenheter har fått tillgång till systemet. Mina Planer ska säkerställa att patienten får den vård och det stöd som behövs och säkerställer att hemgångar sker på ett säkert sätt så att patientsäkerheten aldrig äventyras. Under 2023 uppgraderades Mina Planer, vilket resulterat i att slutenvården kan bifoga epikris och andra dokument i systemet samt kan nu kommunen skapa akutblad i Mina Planer som publiceras när en patient skickas till sjukhus. Denna uppgradering leder till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete.

NPÖ- Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett webbaserat verktyg för nationellt sammanhållen journalföring. Behörig vårdpersonal kan efter samtycke från patienten ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem. NPÖ ökar patientsäkerheten i samband med vård och behandling samt effektiviserar vårdövergångar.

IHOPA- Samverkansgrupp IHOPA är ett komplement till Mina Planer där Hässleholms sjukhus, primärvården och kommunen planerar vården och eftervården vid hemkomst för patienten via Teams/ Skype möten.

RIVÖ- 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 för att främja en säker vård för patienten vid vårdövergångar.

Lokal samverkan- Ett mötes forum där kommun, vårdcentral, slutenvård, psykiatri samt ASIH träffas vid några tillfällen per termin. I detta forum diskuteras och hanteras praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för personer som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och regionen.

Samverkan med vårdcentraler, IDOC samt Mobilt vårdteam (Hässleholm) sker på regelbunden basis.

Intern samverkan:

Team- Teamträffar med fokus på det patientnära arbetet där legitimerad personal, enhetschef, omvårdnadspersonal samt biståndshandläggare deltar.

HSL-möte- Legitimerad personal, HSL-chef samt MAS träffas regelbundet.

Mina Planer möte (internt)- Dagligt (mån-fre) digitalt möte där biståndshandläggare, enhetschef hemtjänst, samordnare samt legitimerad personal planerar inför patienters hemgång från sjukhus för att säkerställa vården utifrån patientens behov.

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. Socialnämnden har en upprättad rutin för loggkontroller.

”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.”

- Redovisning av antalet genomförda kontroller av journalloggar sker kontinuerligt i systemet för kvalitetsledning Stratsys. Redovisningen sker av respektive enhetschef och loggkontrollerna plockas ut ur systemet slumpvis av förvaltningens systemadministratör.
- Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring följs enligt samma rutin men granskas även av Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta sker vid utredningstillfällen som till exempel avvikelser eller inkomna synpunkter.
- Förvaltningsjuristen ansvarar för utredning av bl.a. lex Sarah. I dessa utredningar beaktas, förutom händelsen, även arbetet kring brukaren ur ett juridiskt perspektiv. Den juridiska kompetensen används också övergripande inom förvaltningen. Under 2024 kommer socialt ansvarig samordnare (SAS) att ansvara för lex Sara utredningar samt ansvara för processen kring avvikelshanteringen.

SITHS-kort inloggning är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller kraven på säker identifiering, stark autentisering. Legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i vårdtjänster så som Pascal för ordinationer för läkemedel, Mina Planer, Nationell Patientöversikt för andra vårdgivares dokumentation och kvalitetsregister som Senior Alert och svenska palliativregistret. Enhetschefer, biståndshandläggare och viss omvårdnadspersonal använder SITHS-kort för inloggning i Mina Planer och kvalitetsregister Senior Alert.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Socialförvaltningen arbetar inte med något som hanterar strålning av något slag.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Under 2024 kommer förvaltningen att införa funktionen SAS, Socialt ansvarig samordnare, denna kommer samverka med MAS och har som en del i sitt uppdrag att utveckla arbetet kring lex Sara, klagomål- och avvikelshantering, för att på detta visa säkerställa arbetet inom dessa områden samt för att skapa ett lärande i organisationen.



I kvalitetsledningssystem samlas processer, riktlinjer och rutiner som behövs för att kunna säkerställa en god och säker vård. Samtlig personal inom vård och omsorg ska ha kännedom och tillgång till socialförvaltningens kvalitetsledningssystem.

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 ur patientsäkerhetssynpunkt. I arbetsmiljölagen framgår det till exempel att arbetsgivaren är ytterst ansvarig för arbetsmiljön och ska leda arbetet mot en bättre arbetsmiljö. Arbetsgivaren är alltid skyldig att se till att arbetet kan utföras utan risk för ohälsa eller olycksfall. I Perstorps kommun har varje enhetschef blivit delegerade arbetsmiljöansvaret. Som chef måste du känna till arbetsmiljölagen och de arbetsmiljöregler som gäller din arbetsplats. Det är också vanligt att chefer får särskilda uppgifter i arbetsmiljöarbetet, till exempel att initiera skyddsronder och administrera andra delar av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

KIA (kommunens informationssystem om arbetsmiljö) via detta digitala system rapporteras tillbud, risker och händelser för att kunna analysera och följa upp riskerna på arbetsplatsen.

Vårdgivaren har sedan 2018 en rutin för riskbedömning i brukaren/patientens hem. Enligt rutin informerar medarbetaren brukaren/patienten om att man rutinmässigt utför riskbedömningar av arbetsmiljön i den enskildes hem. Vid riskbedömningen används checklista för riskbedömning.

Riskbedömningen utförs på uppdrag av enhetschef, 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 enhetschef
- **Ej allvarliga risker:** Bedömning överlämnas till enhetschef som informerar skyddsombud.
- **Allvarliga risker:** Vid allvarliga risker kontaktas enhetschef och skyddsombud som i samråd med brukare och/eller anhöriga upprättar en handlingsplan.

Enhetschefen ansvarar för uppföljning av handlingsplanen. Uppföljning av åtgärder sker på teammöten alternativt APT.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Socialförvaltningen har som mål att enbart ha adekvat utbildad personal inom samtliga områden. Yrkeskompetensen säkerställs genom krav på utbildning där undersköterskenivå är det utbildningskrav man arbetar mot bland medarbetarna som arbetar patientnära. Perstorps kommun är en av de 30 skånska kommuner som är anslutna till vård och omsorgscollege. Vård- och omsorgscollege är en förening för samarbete mellan arbetsgivare,



utbildningsaktörer och fackliga organisationer inom den privata och offentliga vården och omsorgen. Syftet är att arbetsgivaren ska få tillräckligt med personal med adekvat, behovsanpassad utbildning som är kvalitetssäkrad vilket leder till anställningsbarhet.

Arbetsgivaren har en positiv och uppmuntrande inställning till fortbildning och det finns tid och möjlighet att ta del av fler webbaserade utbildningar på både Diploma, kommunens utbildningsportal och Socialstyrelsens hemsida.

Man har under året arbetat med ett årshjul gällande kompetensförsörjning via utbildningsportalen Diploma. Där det beslutas om 4 övergripande webbaserade utbildningar för Socialförvaltningen som ska ingå i årshjulet. Respektive verksamhet kan sedan lägga till ytterligare webbaserade utbildningar som stämmer in på verksamhetens behov. För de som söker tjänster i Perstorps kommun finns ett introduktionsprogram via utbildningsportalen, Diploma. Introduktionsprogrammet sträcker sig över 1 år och är uppdelad i 4 steg.

Vård och omsorg

Alla nyanställda på Socialförvaltningen genomgår kommunens introduktionsprogram genom utbildningsportalen Diploma. Inom vård och omsorg genomgår medarbetarna följande utbildningar:

- Läkemedelshantering grundkurs
- Sekretess inom LSS och SoL
- (ABC akutsjukvård – görs inför HLR utbildning?)
- Social dokumentation, grundkurs
- Basala hygienrutiner
- Förflyttningsteknik
- Jobba säkert med läkemedel
- Digitalt läkemedelstest, Apoteket
- Jeanette och sekretessen
- Social dokumentation och genomförandeplan i praktiken
- Låg affektivt bemötande
- Hot och våld

I början av 2023 infördes att medarbetaren ska genomföra digitalt läkemedelstest från Apoteket som en del i delegeringsprocessen. I samband med utbildning i läkemedelshantering genomförs olika delmoment som examineras vilka sedan följs upp av legitimerad personal som sedan ansvarar för att medarbetarna besitter rätt kunskap för uppgifterna. Om medarbetaren uppnår rätt kompetens utfärdas ett delegeringsbeslut för uppgiften vilken är giltig i maximalt ett år.

Medarbetare inom verksamheten vård och omsorg ska ha genomfört följande utbildningar via utbildningsportalen Diploma under 2023:

- Nutrition och kostråd för äldre
- Social dokumentation inom äldreomsorgen
- lex Sarah
- lex Maria

Perstorps kommun har två certifierade utbildare i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) registret som under 2023 har erbjudit administratörsutbildningar för omvårdnadspersonalen. Totalt 16 st medarbetare har under 2023 genomgått administratörsutbildningen, merparten av dessa medarbetare arbetar på kommunens särskilda boende. Under 2024 planeras att erbjuda administratörsutbildning en gång per termin för medarbetare.

Legitimerad personal har under 2023 startat upp en förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonalen. Utbildningen är tänkt vara en del i introduktionen utav nyanställd personal, vikarier men ska även erbjudas till fastanställd personal på regelbunden basis. Utbildningen har erbjudits 3-4 ggr/per termin. Planer finns att under 2024 utveckla förflyttningsutbildningen i syfte att införa praktiska övningsmoment för att sedan kunna säkerställa förflyttningar i den patientnära vården.

Legitimerad personal

Den legitimerade personalen fördjupar sig inom sin egen profession när problem uppstår för att få mer kompetens och då kunna säkerställa patientsäkerheten. Perstorps kommun har ett nära samarbete med Region Skåne, både primär vård och slutenvård som tillhandahåller utbildning när behovet finns. Detsamma gäller Medelpunkten som hanterar hjälpmedel, dit man kan vända sig för att få utbildning eller rådgivning gällande hjälpmedel av alla slag.

De anställda har ett ansvarsområde som de jobbar aktivt med, vad som kan förändras i verksamheten, vad fattas vi och behöver få till bättre och få ut kunskapen också i övrig verksamhet. Ambitionen är att medarbetares ansvarsområde diskuteras på APT – hur man jobbar med det, vad är planen och när ska man informera andra om det. Har gemensamma mål för enheten som man ska jobba med som leder till förbättring inom verksamheten och patientsäkerhet.

Legitimerad personal ansvarar för delegeringar inom området hälso- och sjukvård. Delegering (medicin, insulin, träningsprogram) samt uppföljning av denna årligen är också ett sätt att säkerställa patientsäkerhet och omvårdnadspersonalens kompetens.

Under våren 2023 utbildades två sjuksköterskor till instruktörer i VISAM beslutssöd. VISAM beslutssöd är ett verktyg för sjuksköterskorna i kommunen som kan användas då patientens/brukarens hälsotillstånd försämras. Checklistan ska vara ett stöd till sjuksköterskan i sin bedömning om vart den fortsatta vården sker bäst. Syftet med utbildade instruktörer är att kompetenshöja medarbetare inom Vård- och omsorg.

Sjuksköterskorna har under hösten 2023 gått en Nutritionsutbildning med fokus på nutritionsbehandling vid (risk av) undernäring. Utbildningen leddes av vårdcentralens dietist som en del i samarbetet mellan kommun och vårdcentral.

Planering

Vård och omsorg arbetar med ett planeringssystem som heter Lifecare planering. Planeringssystemet säkerställer att beviljade insatser utförs som planerat samt att det finns personal som kan utföra insatserna. Systemet säkerställer också att personal med rätt kompetens

utför insatsen där det krävs olika former av delegeringar. En medarbetare är anställd för att arbeta med planeringen i hemtjänst. All planering och bemanning sker i samråd med respektive enhetschef som har beslutsmandat.

Bemanning och schemaläggning

Säker bemanning och schemaläggning säkerställs genom användandet av Timecare planering och Timecare Pool. Erfarenhet och kompetens säkerställs genom krav på utbildning och fortbildning. Två medarbetare arbetar för att säkerställa bemanningen inom samtliga verksamheter inom Vård- och omsorg. All planering och bemanning sker i samråd med respektive enhetschef som har beslutsmandat.

Medarbetare inom särskilt boende, LSS och delar av HSL lägger själva sitt schema i Timecare.

Under 2024 har en schemastrateg anställts i syfte att optimera schema och använda personalresurser på bästa sätt för att säkerställa kvalitet och kontinuitet.

Verksamhetssystem

Kommunen använder sig av LifeCare som verksamhetssystem för dokumentation och avvikelshantering.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Hälso- och sjukvårdsavtalet upprättades 2016, detta avtal reglerar ansvarsfördelning och utvecklingen avseende hälso- och sjukvården i Skåne där den gemensamma värdegrunden för samarbetet och de verksamheter som omfattas av detta avtal är följande:

- vi arbetar med individfokus och skapar personcentrerade samarbetslösningar utifrån den enskildes behov och förutsättningar
- vi strävar efter att tillgodose den enskildes förväntningar på inflytande och självbestämmande, respektfullt bemötande samt en lättillgänglig vård av hög kvalitet
- vi ska upplevas som en gemensam organisation utifrån den enskildes perspektiv

Detta avtal är fortsatt grunden för att skapa en vård där patienten är delaktig och där ansvarsfördelningen mellan vårdgivare tydliggörs för att underlätta vården för den enskilde.

Perstorp har tillsammans med två kommuner startat projektet IHOPA. Syftet med projektet är att arbeta närmare patienten genom samverkan. Detta är kopplat till Hässleholms sjukhus och möjliggör digitala möten mellan patient, anhöriga, vårdpersonal och kommunens SVU- team.

Samverkan vid utskrivning (SVU) från slutna hälso- och sjukvård är en lagstyrd process som syftar till att personer ska få en snabb och trygg utskrivning. För att detta ska ske behöver berörda vårdaktörer samverka i en planeringsprocess tillsammans med den enskilde.

SIP

När en enskild individ, oavsett målgrupp eller ålder, har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och då ett behov av samverkan och samordning finns kring stöd och insatser, ska berörda parter tillsammans med den enskilde upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Detta anges både i Socialtjänstlagen (SoL 2 kap 7§) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 16 kap 4§). Här har patienten och dess närstående en central roll, förutsatt att patienten vill ha med närstående ur sekretessynpunkt. 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.

Trygghemgång

Under 2023 startade man upp ett trygghemgångs team i hemtjänsten. Trygghemgångs teamet arbetar med patienter/brukare som kommer hem från sjukhuset, på ett patientnära sätt för att skapa delaktighet och kontinuitet i vården. Syftet är att detta arbetssätt ska underlätta för patienter som har vårdats på sjukhus, men även för hela teamet då man under tidsperioden även kommer ha fokus på rehabilitering. Efter 14 dagar följs insatserna upp, biståndsbeslut fattas på insatser som patienten ansöker om och är i behov av och sedan övergår arbetet till ordinär hemtjänst.

Fast omsorgskontakt

Enligt en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453) som infördes 1 juli 2022 ska den som har hemtjänst erbjudas en fast omsorgskontakt om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Från 1 juli 2023 är det endast utbildade undersköterskor med bevis som ska utses till fast omsorgskontakt i syfte att tillgodose behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning för den patient som har hemtjänst.

Genomförandeplan

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, kontaktperson samt närstående deltar om den enskilde så önskar. Genomförandeplanen ska uppdateras var 6:e månad samt vid behov.

Anhörigkonsulent

Anhörigkonsulenten bedriver verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stöd för den anhörig och närstående som på något sätt har en vårdande och stöttande roll.

Demenssamordnare

Demenssamordnaren i kommunen ger stöd och information till personer som drabbats av kognitiv svikt, anhöriga och invånarna. Demenssamordnaren samarbetar med anhörigkonsulenten i kommunen och tillsammans har man demensutbildningar för anhöriga.

Kvalitetsregister

Arbetet med kvalitetsregister som t.ex. BPSD-registret och Senior alert gör den enskilde och närstående delaktiga i identifieringen och planering av åtgärder vid demenssjukdom och andra svårigheter som behöver uppmärksammas i omvårdnaden.

I kommunen bedrivs uppsökande verksamhet som är riktad till invånare 77år eller äldre. Syftet är att skapa kontakt med invånaren genom att erbjuda hembesök med exempelvis samtal kring vardagen, upptäcka behov av hjälpinsatser, ge information om vilka hjälpinsatser och aktiviteter som erbjuds i kommunen samt verka stödjande i kontakter med olika yrkeskategorier. Målet är att skapa trygghet och att man som invånare ska veta vart man vänder sig om hjälpbehov uppstår samt öka medvetenheten hur man bibehåller en god hälsa.

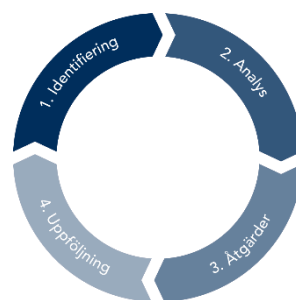
Under hösten 2023 pågick ett projekt där kommunen erbjöd invånare över 84 år som inte har hemtjänst eller bor på särskilt boende hembesök med hälsosamtal. Syftet var att förebygga ofrivillig ensamhet genom samtal och information.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Under 2023 har egenkontroller utförts gällande loggkontroller och Basala hygienrutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har utöver egenkontrollerna tagit fram statistik gällande riskbedömningsverktygen för BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Senior Alert (trycksår, undernäring, fall och munhälsa) samt registrering i svenska palliativregistret.



Loggkontroller

Mål: Säkerställa informationssäkerhet, säkerställa att medarbetare ej använder sina behörigheter på felaktigt sätt samt säkerställa att den enskildes integritet skyddas.

Resultat:

Fråga	Helhetsbedömning , Antal Q1 2023	Helhetsbedömning , Antal Q2 2023	Helhetsbedömning , Antal Q3 2023	Helhetsbedömning , Antal Q4 2023
Har medarbetare varit aktiv i systemet? (Läst och/eller dokumenterat)	● Uppfyllt 4 (st)	● Uppfyllt 5 (st)	● Uppfyllt 4 (st)	● Uppfyllt 4 (st)
	◆ Delvis uppfyllt 2 (st)	◆ Delvis uppfyllt 2 (st)	◆ Delvis uppfyllt 1 (st)	◆ Delvis uppfyllt 1 (st)

Fråga	Helhetsbedömning , Antal Q1 2023	Helhetsbedömning , Antal Q2 2023	Helhetsbedömning , Antal Q3 2023	Helhetsbedömning , Antal Q4 2023
	■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 2 (st)	■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)
Har medarbetare varit i tjänst vid aktivitet i systemet?	● Uppfyllt 6 (st) ■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	● Uppfyllt 7 (st) ■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 2 (st)	● Uppfyllt 4 (st) ◆ Delvis uppfyllt 1 (st) ■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	● Uppfyllt 3 (st) ◆ Delvis uppfyllt 2 (st) ■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)
Har medarbetare skäl till läst/dokumentera d journal/akt?	● Uppfyllt 6 (st) ■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	● Uppfyllt 6 (st) ◆ Delvis uppfyllt 1 (st) ■ Ej uppfyllt 1 (st) ■ Ej svarat 2 (st)	● Uppfyllt 5 (st) ■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)	● Uppfyllt 3 (st) ◆ Delvis uppfyllt 2 (st) ■ Ej uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 3 (st)

Analys av resultat: Loggkontroller ska enligt rutin utföras 4 gånger per år. Följsamheten till loggkontroll har varit bristfällig inom vissa verksamheter vilket speglar resultatet.

Åtgärd: Loggkontroll ska enligt rutin utföras 4 gånger per år inom respektive verksamhet.

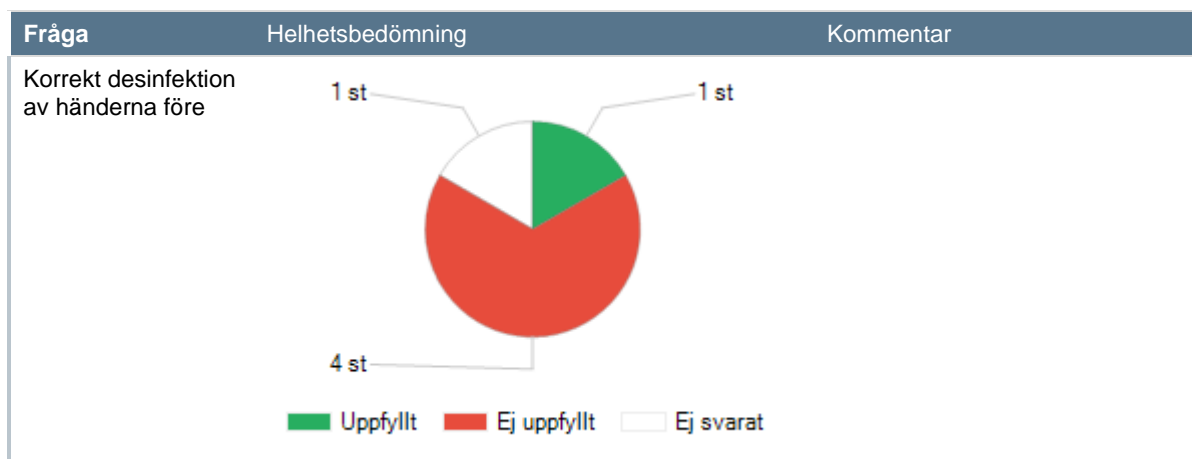
Uppföljning av åtgärd: Utförs av ansvarig i samband med loggkontroll.

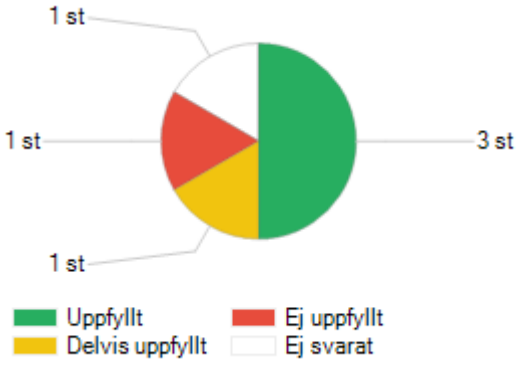
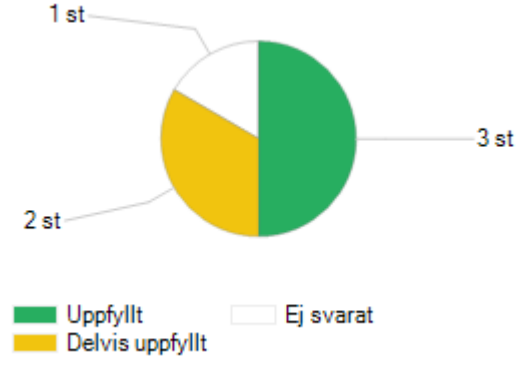
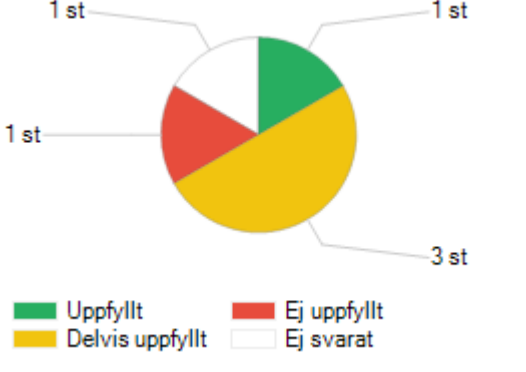
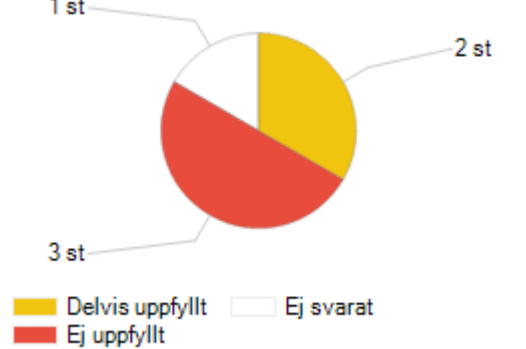
Basala hygienrutiner och klädregler (PPM= Punk prevalens mätning)

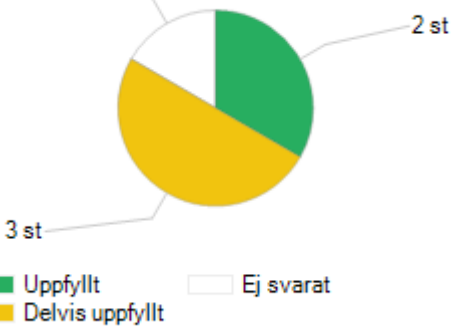
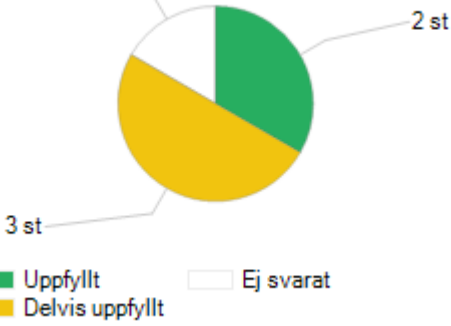
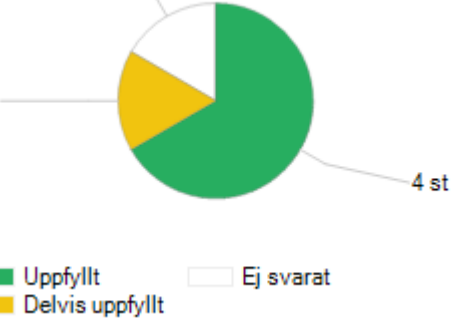
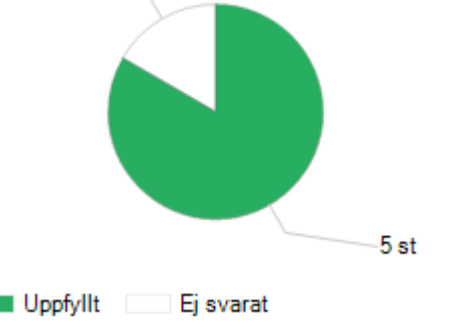
Mål: God följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler

Resultat:

PPM-mätning 2023



Fråga	Helhetsbedömning	Kommentar
<p>Korrekt desinfektion av händerna efter</p>	 <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej uppfyllt Ej svarat</p>	
<p>Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor</p>	 <p>1 st</p> <p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	
<p>Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patient bunden skyddsrock</p>	 <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej uppfyllt Ej svarat</p>	
<p>Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (korrekt i samtliga fyra steg)</p>	 <p>1 st</p> <p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>Delvis uppfyllt Ej uppfyllt Ej svarat</p>	

Fråga	Helhetsbedömning	Kommentar
Korrekt arbetsdräkt	 <p>1 st</p> <p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	 <p>1 st</p> <p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	
Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material	 <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	
Kort eller uppsatt hår	 <p>1 st</p> <p>5 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat</p>	

Fråga	Helhetsbedömning	Kommentar
Korrekt följsamhet till klädregler (korrekt i samtliga fyra steg)	<p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej uppfyllt Ej svarat</p>	
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (Korrekt i samtliga åtta steg)	<p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>2 st</p> <p>Delvis uppfyllt Ej svarat Ej uppfyllt</p>	

Analys av resultat: Under 2023 års PPM-mätning har 5 av 6 verksamheter rapporterat in resultat från mätningen av basala hygienrutiner och klädregler i kommunens kvalitetsledningssystem Stratsys. Resultatet för mätningen 2023 har även rapporterats in nationellt via ett system som hanterades av SKR. Resultatet visar på sämre följsamhet till handdesinfektion före patientnära arbete samt i användningen av platsförkläde. God följsamhet ses gällande hår och naglar.

Åtgärd: Nya medarbetare ska genom introduktionsprogrammet få utbildning i de basala hygienrutinerna. Informera om de basala hygienrutinerna på APT på regelbunden basis. Upprätta egenkontrollplan för att mäta följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädregler. Egenkontrollplanen ska följas upp två gånger per år med återkoppling till verksamheten.

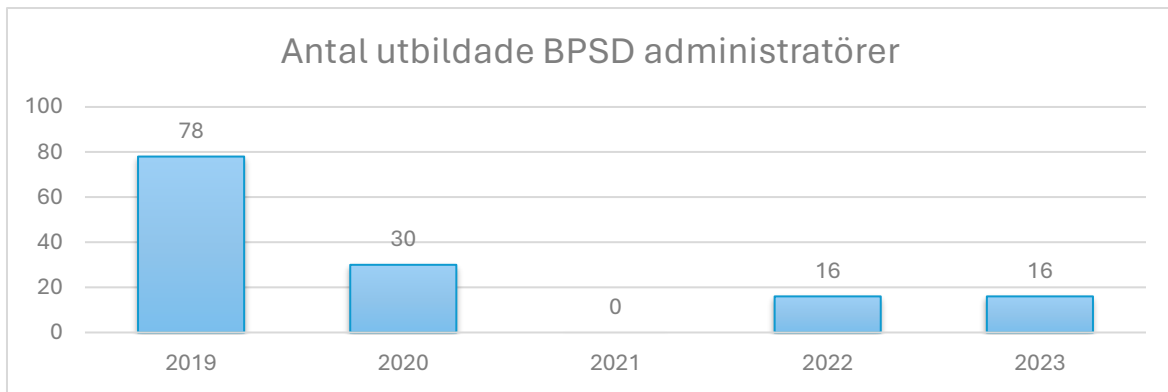
Uppföljning av åtgärd: Två gånger per år.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

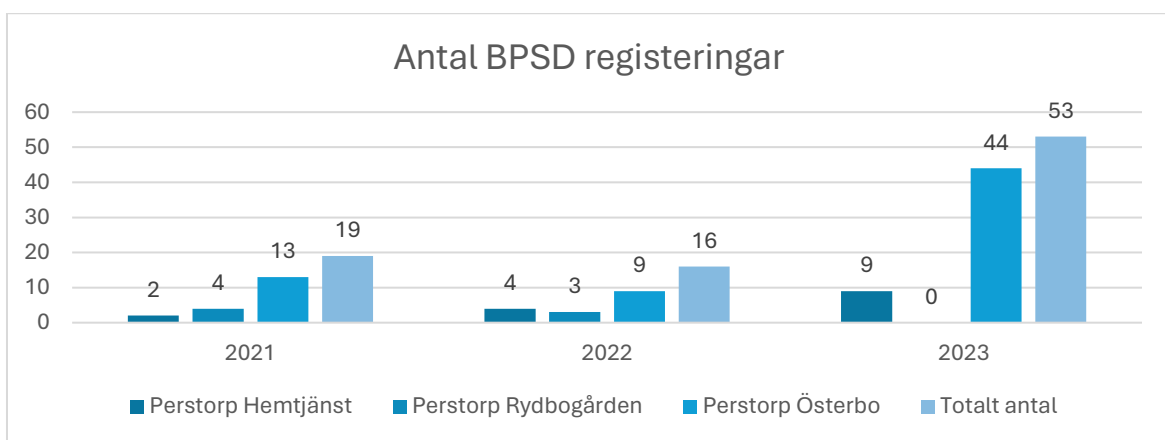
Mål: Egenkontroll av kvalitetsregister för att få en nulägesrapport i syfte att kunna förbättra och utveckla arbetet.

Resultat:

Under 2019 gjordes en satsning i Perstorps kommun med att utbilda administratörer i BPSD vilket kan ses i diagram nedan. Under 2023 utbildades totalt 16st medarbetare till administratörer.



Under 2023 ses en ökning av antal registreringar i registret. Merparten av registreringar är utförda på brukare som bor på särskilt boende.



Analys av resultat: Arbetet med BPSD-registret fungerar väl på särskilt boende. Demenssamordnare och medarbetare arbetar med BPSD på teamen som hålls regelbundet. Under våren 2024 kommer all personal på särskilt boende vara utbildade administratörer. I hemtjänsten finns totalt 16st utbildade administratörer, men arbetssättet är ännu inte implementerat i hemtjänst, vilket resulterar i lägre antal registreringar i hemtjänst.

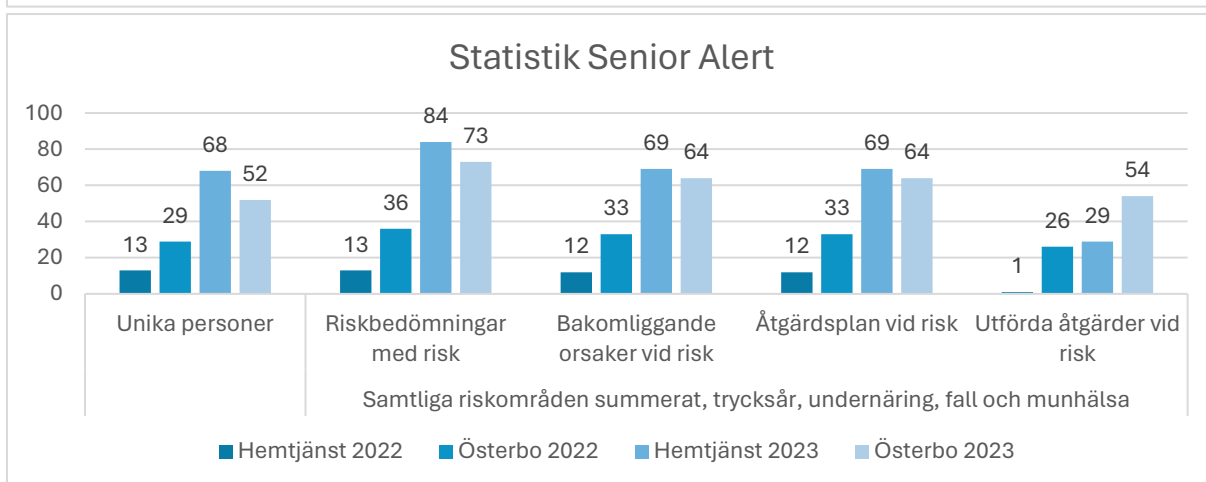
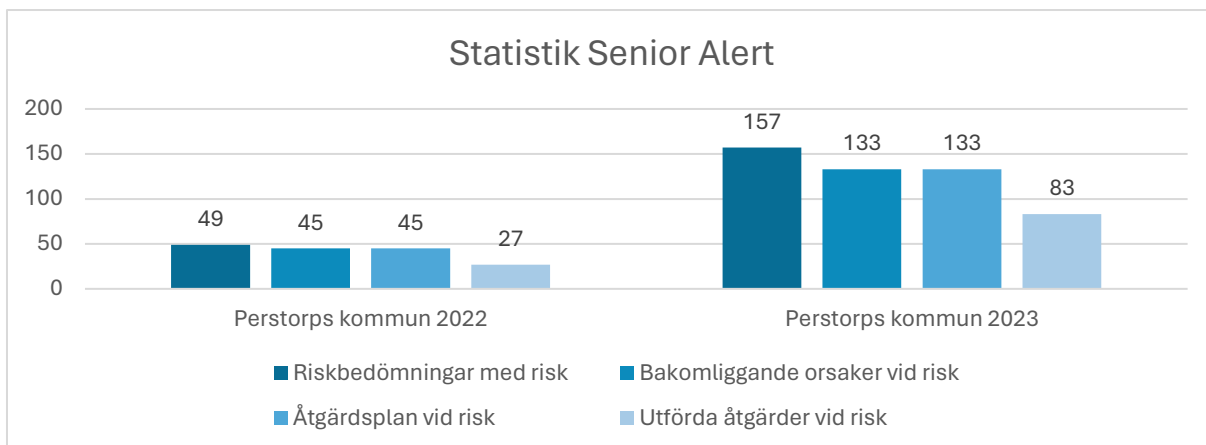
Åtgärd: Implementera arbetet i hemtjänst samt följa statistik för antal utbildade administratörer samt utförda registreringar två gånger per år med åiterrapportering till verksamheterna.

Uppföljning av åtgärd: Två gånger per år.

Senior Alert (riskbedömningsverktyg gällande trycksår, undernäring, fall och munhälsa)

Mål: Egenkontroll av kvalitetsregister som en del i det preventiva arbetet gällande identifiering av trycksår, fall, undernäring samt munhälsa samt få en nulägesrapport för fortsatt utvecklings och förbättringsarbete inom området.

Resultat: Vid jämförelse av statistik för år 2022 och 2023, så ses en tydlig ökning av antalet utförda riskbedömningar. Den största ökningen av utförda riskbedömningar ses i hemtjänsten under 2023 men man ser även en ökning på särskilt boende.



Analys av resultat: Senior Alert riskbedömningsverktyg har man arbetat med under flera år men inte alltid lika frekvent. Arbetet med Senior Alert på särskilt boende görs i samband med teamen på regelbunden basis. I hemtjänsten har man inte under 2023 arbetat med Senior Alert på teamen, utan sjuksköterskan har haft en drivande roll i utförandet. Ökningen av antal utförda riskbedömningar beror mestadels av ett omtag under 2023.

Åtgärd: Arbeta med att implementera Senior Alert på teamen i hemtjänsten kommer att prioriteras under 2024 som en del i det preventiva arbetet gällande trycksår, fall, undernäring samt munhälsa. MAS kommer skapa en rutin för Senior Alert under 2024.

Uppföljning åtgärd: MAS kommer vara delaktig i implementeringen av arbetet med Senior Alert i teamen i hemtjänsten samt följa statistik 2ggr/år.

Svenska palliativregistret

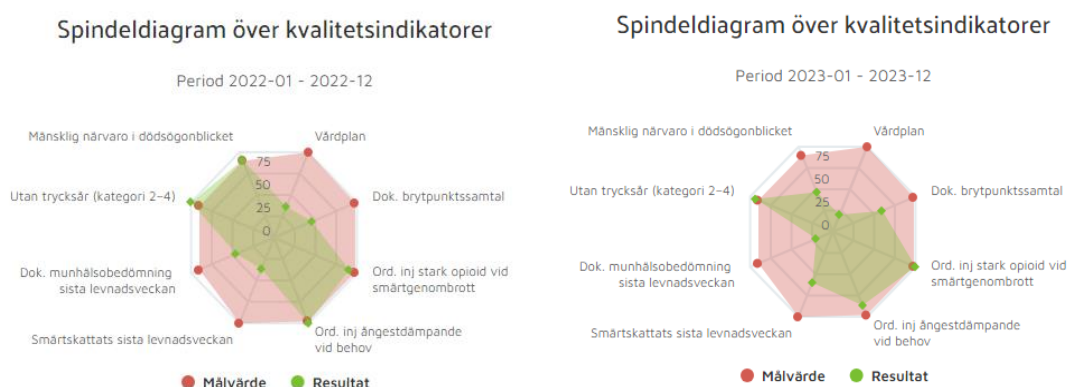
Mål: Egenkontroll av kvalitetsregister för att förbättra vården i livet slut.

Resultat: I nedanstående spindeldiagram och tabell ses statistik över kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede för 2022 samt 2023. I resultatet för 2023 ser man ett försämrat resultat gällande dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan, mänsklig närvaro vid

dödsögonblicket, injektion av ångestdämpande vid behov samt antal patienter som avlider med trycksår i jämförelse med 2022. De kvalitetsindikatorer som visar på förbättrade resultat under 2023 är dokumenterat brytpunktsamtal, injektion av smärtstillande vid smärtgenombrott samt dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan.

Kvalitetsindikatorer	Målvärde	Resultat år 2022	Resultat år 2023
Dok. brytpunktssamtal	98%	45,5%	60%
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98%	90,9%	100%
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98%	100%	86,7%
Smärtskattats sista levnadsveckan	100%	36,4%	60%
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	45,5%	20%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	100%	93,3%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	90,9%	46,7%

Nedanstående spindeldiagram visar resultat från svenska palliativregistret för år 2022 (11st patienter) och år 2023 (15st patienter).



Analys av resultat: Resultatet för 2023 påverkas av olika faktorer såsom dokumentation samt av följsamhet av registrering i registret.

Åtgärd: Befintlig rutin för registrering i svenska palliativregistret behöver lyftas i HSL verksamheten och göras känd för sjuksköterskan som ansvarar för registrering i registret vid dödsfall. MAS kommer att uppdatera befintlig rutin under 2024. I början på 2024 kommer sjuksköterskorna erbjudas utbildning i brytpunktsamtal av ASIH. Upprätta egenkontrollplan för att kunna följa statistik i registret samt följsamheten till registreringar.

Uppföljning av åtgärd: MAS kommer följa följsamheten av registreringar i registret och dess statistik var 3:e månad för återkoppling till verksamheten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



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 2023 har två avvikelser inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada varav en avvikelse har skickats vidare till IVO. Verksamheterna kommer arbeta vidare med de åtgärdsförslag som framkommit i båda ärende.

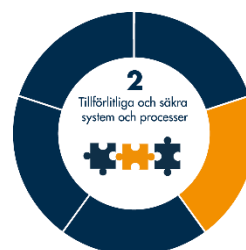
Patientnämndernas uppdrag är lagstadgat och definieras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnden är en oberoende och opartisk instans. Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivare, samt att få klagomål och frågor besvarade. MAS är kontaktperson till patientnämnden.

Inkomna klagomål till patientnämnden översänds till MAS för hantering. Detta innebär att man utreder det inkomna klagomålet på samma sätt som en avvikelse. Utredning genomförs och klagomålet besvaras på det sätt som den klagande har önskat. Uppföljning sker sedan av patientnämnden som återkommer med ett svar till MAS varpå utredning avslutas eller hanteras vidare om utredningen inte har varit fullständig.

Sammantaget har Perstorps kommun en fungerande hantering av vårdskador, eller risk för vårdskador då inkomna ärenden har hanterats enligt rutin.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Vårdgivarens kvalitet- och ledningssystem Stratsys används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller genomförs för att kunna identifiera förbättringsområde. Förbättringsarbetet inom det identifierade området kan ske genom exempelvis rutiner och kompetenshöjande utbildningar. Genom användning av kvalitetsregister kan verksamheten identifiera risker hos brukaren.

PPM

Under våren 2023 utfördes den sista nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. PPM-mätningen har utförts årligen sedan 2011 men f.r.om 2024 upphör de nationella mätningarna, som tidigare utförts på uppdrag av SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Vårdgivaren kommer under 2024 upprätta en egenkontrollplan för att mäta basala hygienrutiner samt klädregler två gånger per år.

BHK (Basala hygienrutiner och kläder)

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner.

Vid mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler används en metod som grundar sig på observationsstudier av medarbetare i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

Vid kontroll av arbetskläder kontrolleras användandet av kortärmade arbetskläder, armar och fingrar fria från klockor, armband, ringar, naglar fria från nagellack och konstgjort material, kort eller uppsatt hår samt användningen av adekvat skyddsutrustning.

Egenkontroller planeras att genomföras två gånger per år under 2024, en gång på våren samt en gång på hösten. Detta i syfte att kunna identifiera förbättringsområde.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar finns reglerade i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. I kapitlet finns bland annat regler om enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång. En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgångar och läkaren ska vid behov samarbeta med annan hälso- och sjukvårdspersonal (11 kap. 1 § HSLFFS 2017:37).

Vårdcentralen i Perstorp har tillsammans med kommunens sjuksköterskor ett fungerande sätt för att erbjuda årlig läkemedelsgenomgång.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Vårdprevention är ett identifierat förbättringsområde inom verksamheten. Förbättringsområdet är identifierat genom hur verksamheten har arbetat med



kvalitetsregister och statistik från avvikelser. Som en del i det preventiva arbetet är det av vikt att arbeta systematiskt och i team med de olika kvalitetsregister.

Bemanningen inom HSL- gruppen är ett identifierat område, då man under 2023 behövt använda sig av inhyrd personal för att täcka vakanser främst under jourtid. Inhyrd personal har även förekommit under första halvåret under 2023 i rehab gruppen. Detta är ett led i de fortsatta svårigheterna att rekrytera legitimerad personal. Inhyrd personal har även under 2023 behövts användas i hemtjänsten under en 6 veckors period. Användningen av inhyrd personal utgör en viss patientsäkerhetsrisk, dock har inga brister i patientsäkerheten identifierats. Men med inhyrd personal ställs högre krav på den ordinarie personalen inom samtliga berörda verksamheter.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vårdgivaren har en rutin för riskbedömning i brukarens hem. Personal informerar brukaren om att man rutinemässigt utför riskbedömningar av arbetsmiljön i den enskildes hem. Vid riskbedömningen används checklista för riskbedömning.

Verksamheten utför riskbedömningar som en del i det systematiska förbättringsarbetet inför förändringar av verksamheten men även för att riskbedöma befintlig verksamhet. Detta görs för att kunna identifiera och bedöma om en händelse kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



För att identifiera förbättringsområde i verksamheten tittar man bland annat på rapporterade avvikelser både från den egna verksamheten och från de avvikelser som mottagits från annan verksamhet/vårdgivare. Man tittar även på resultaten från de utförda egenkontroller, PPM-mätning samt kvalitetsregister. Det är utifrån resultat som förbättringsområde identifieras och åtgärder kan planeras. Genom systematiskt kvalitetsarbete säkerställs det att verksamheten är en lärande organisation vilket leder till ökad patientsäkerhet.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal rapporterar avvikelser via avvikelssystemet i verksamhetssystemet Lifecare. Sammanställning, utredning samt åtgärd

ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet. Samtliga medarbetare ansvarar för att dokumentera och rapportera in händelser som avviker från det förväntade vårdförloppet.

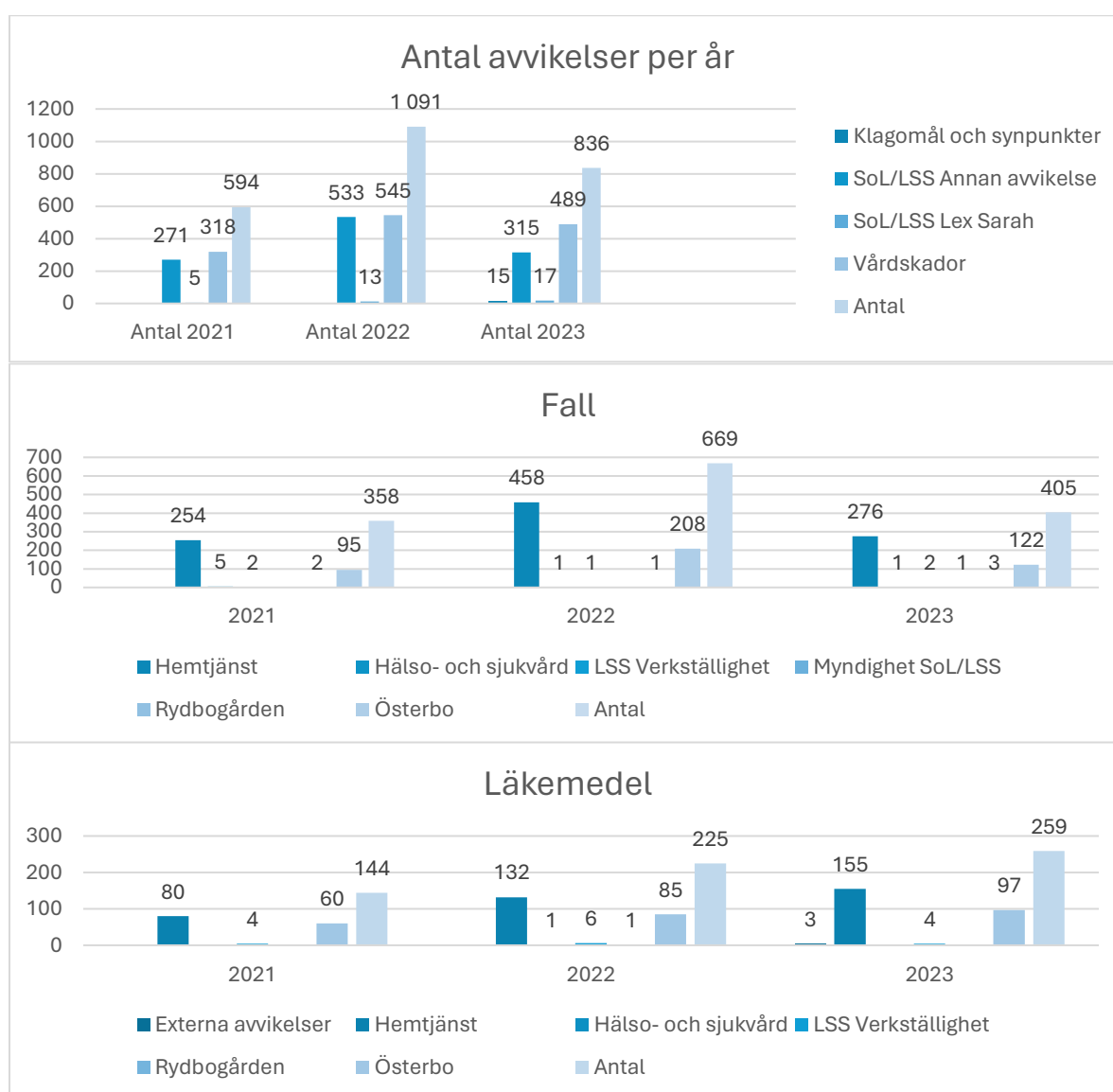
Under 2022 genomfördes en utbildning i socialdokumentation samt i avvikelshantering. Samtliga medarbetare inom Socialförvaltningen har genomgått denna utbildning. Som ett led i detta har man under 2023 även fått en utbildning i lex Sarah och lex Maria som en del av årshjulet som genomförts via utbildningsportalen Diploma.

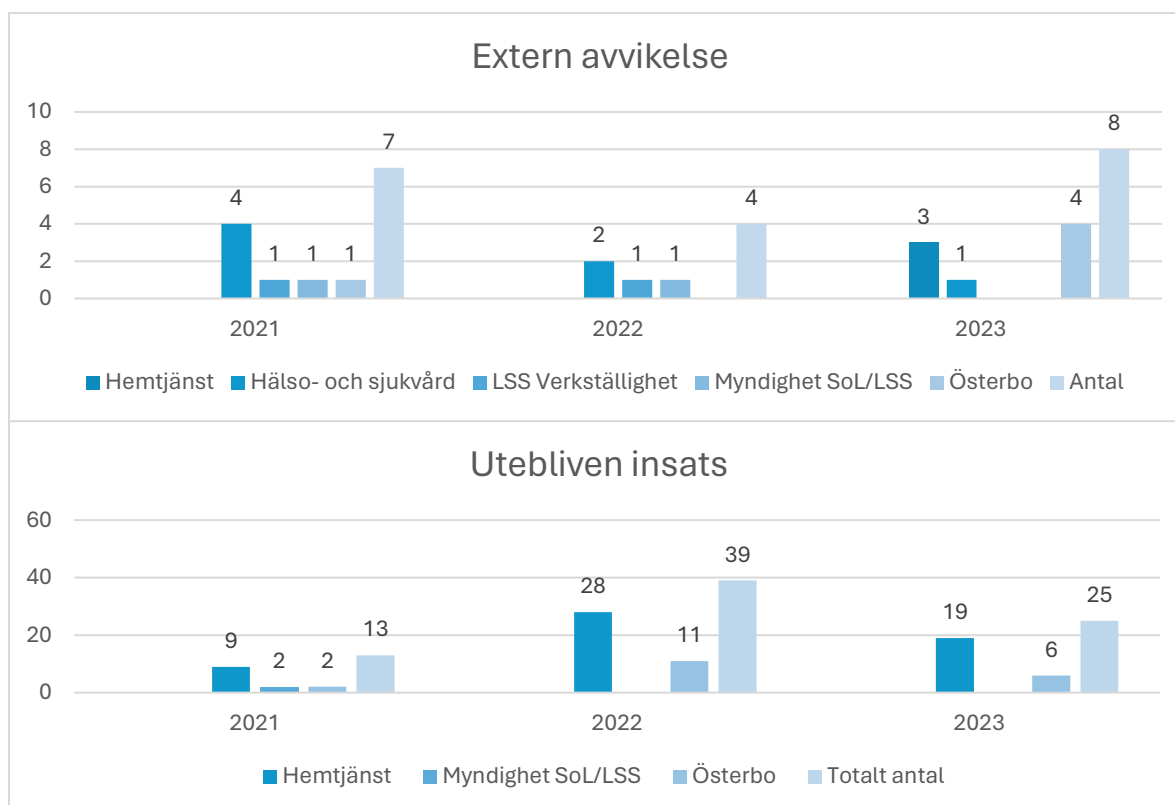
Rapportering antal avvikelser

2023 rapporterades det totalt 836 avvikelser i vård och omsorg fördelat enligt tabell nedan.

Fallavvikelser och läkemedelsavvikelser utgör den största delen av inrapporterade avvikelser.

Fallavvikelser har minskat under 2023 jämfört med 2022. Gällande läkemedelsavvikelser ses en ökning jämfört med tidigare år.





Klagomål och synpunkter

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

Patientnämndernas uppdrag är lagstadgat och definieras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnden analyserar inkomna klagomål och synpunkter. Detta återkopplas till MAS som 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.

Perstorps kommun har inga inrapporterade ärende/klagomål till patientnämnden under 2023.

Det finns idag en möjlighet att lämna ett klagomål eller en synpunkt via e-tjänst på Perstorps kommuns hemsida. E-tjänsten är kopplad till verksamhetssystemet Lifecare där samtliga avvikelser hanteras. Inkomna synpunkter och klagomål är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet för verksamheten.

Inkomna klagomål och synpunkter hanteras enligt samma rutin som gäller för avvikelser. Orsaksutredare får uppdraget att utreda synpunkten eller klagomålet. Orsaksutredning ska vara klar inom 14 dagar efter att ärende har mottagits. Ärenden som inkommer från IVO gällande vård- och omsorg sammanställs och utreds av MAS om ärendet gäller något som berör patientsäkerheten. Denna hantering gäller på samma sätt som vid en avvikelse. Svar lämnas sedan av MAS enligt önskemål till myndigheten. Under 2023 inkom 15st klagomål/synpunkter som kan knytas till vård och omsorg.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Som en del i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet har kompetensutveckling identifierat som ett förbättringsområde. Medarbetare erbjuds kompetenshöjande utbildning via utbildningsportalen Diploma, där ett årshjul är skapat övergripande för hela organisationen men där även cheferna för de olika verksamhetsområdena har möjlighet att lägga till utbildningar som är aktuell för respektive verksamhetsområde.

Introduktionsutbildning erbjuds årligen till sommarvikarier för utbildning och information gällande exempelvis basala hygienrutiner, bemötande, rapporteringsskyldighet och delegering.

Förflyttningsutbildning erbjuds till medarbetare, vikarier, nyanställd personal samt fastanställd personal som en del i introduktionen men även som en del i kompetensutveckling

Ett metodrum kommer under 2024 stå färdigt för intern kompetensutveckling, metodrummet kommer vara tillgängligt för samtliga medarbetare.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under 2024:



Fokusområde: Basala hygienrutiner och klädregler

Mål: Säkerställa god kunskap om och följsamhet till de basala hygienrutiner och klädregler.

Strategi: Öka kunskapen om basala hygienrutiner och klädregler genom utbildning både digitalt samt i samband med APT. Införa hygienombud i de respektive verksamheterna samt utse en sjuksköterska som är sammankallande för ombuden. Egenkontroller 2ggr/år för att få en nulägesrapport, som sedan återkopplas till verksamheten exempelvis på APT.

Fokusområde: Svenska palliativregistret

Mål: Förbättra vården i livet slutskede

Strategi: Öka antalet registreringar i svenska palliativregistret, utifrån kvalitetsindikatorerna identifiera förbättringsområde, dokumentera vårdplaner i patientjournal. Följa statistik i registret kontinuerligt med återkoppling till verksamheten.

Fokusområde: BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Mål: Minska BPDS genom förbättrat teamarbete.

Strategi: Implementera arbetet i hemtjänst och öka antal registreringar i BPSD-registret för patienter i ordinärt boende. Utbilda fler BPSD-administratörer i hemtjänsten.

Fokusområde: Senior Alert

Mål: Kvalitetssäkra det preventiva arbetet för patienten

Strategi: Skapa rutin för Senior Alert samt det praktiska genomförandet, implementerar arbetet med Senior Alert på teamen i hemtjänsten samt följa statistiken kontinuerligt med återkoppling till verksamheten.

Fokusområde: Avvikelser

Mål: Förbättra arbetet gällande avvikelshanteringen och dess process.

Strategi: Upprätta rutin för avvikelshantering inom hälso- och sjukvård. Arbeta med avvikelser i verksamheten via APT som en del i lärandeprocessen.

Fokusområde: Loggkontroller

Mål: Säkerställa att den enskildes integritet skyddas

Strategi: Loggkontroller genomförs enligt rutin fyra gånger per år.