



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-28

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Mia Andersson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Händelser och vårdskador	15
Riskanalys	16
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

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 kvalitet och patientsäkerheten är hög i verksamheten.

Under året har patientsäkerhet belysts i upprättande och revidering av nya eller befintliga rutiner och riktlinjer.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är under konstruktion men har ännu inte färdigställts. Ett arbete gällande mål och målstyrning för hela förvaltningen har påbörjats.

Systematiskt kvalitetsarbete i form av en ny avvikelserutin och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. strategier för förebyggande åtgärder, kompetensutveckling, säker läkemedelshandling och följsamhet till basala hygienrutiner sker löpande under året.

Synpunkter/klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vår kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshandlingen, såväl internt som externt.

Patientsäkerhetsberättelsen ger en möjlighet att belysa patientsäkerhet 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.

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.

STRUKTUR

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 för 2018 innefattade loggkontroller i verksamhetssystemet för att säkerställa att obehöriga inte kunde komma åt uppgifter som man inte var behörig till. Kontrollen görs genom stickprovskontroller vilket redogörs i aktuell rutin för detta.

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.

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, verksamhetschef IFO, utvecklingsstrateg och MAS ingår. 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 också en operativ ledningsgrupp där samtliga områdeschefer inom vård och omsorg, enhetschefer inom IFO, samt tidigare nämnda professioner ingår. I denna operativa ledningsgrupp diskuteras och beslutas om frågor gällande samtliga verksamheter, samt eventuella beslut delges från den strategiska ledningsgruppen.

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 lagstadsade 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.

Områdeschefen 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 ska bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten. Områdeschefen 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 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 vilket också resulterar i att patientsäkerheten beaktas på ett optimalt sätt.

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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Utifrån det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet har nya former för samverkan kring patienten uppstått. 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.

Mina Planer ska säkerställa att patienten får den vård och det stöd som patienten behöver och säkerställa att hemgångar sker på ett sätt att patientsäkerheten aldrig äventyras.

Skånes vårdområde Nordost har skapat en samverkansgrupp vilken benämns Rivö- Risker vid vårdens övergång. Denna samverkansgrupp träffas regelbundet för att utvärdera och förbättra samarbetet och trygga vården för den enskilde.

Perstorps kommun kommer att skapa en ny överenskommelse med Primärvården i Perstorp, där vi kan konstatera att det finns områden där samverkan behöver utvecklas för att uppnå kraven som ställs i det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet gällande bl a SIP och inskrivning i mobilt vårdteam.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister som t ex BPSD registret är den enskilde och eventuellt närstående delaktiga i identifieringen och planering av

åtgärder. Detta ger stora möjligheter till delaktighet i patientsäkerheten.

Vid samordnad individuell vårdplanering/SIP ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående, kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare samt ansvarig läkare på primärvården för att utifrån den enskildes mål och behov planera de framtida insatserna, vården och behandlingen.

Varje vårdtagare som flyttar in till särskilt boende eller beviljas hemtjänst erbjuds ett välkomstsamtal i samband med inflyttning eller när insatser påbörjas. I samband med detta upprättas en sk genomförandeplan där den enskilde samt närstående deltar.

Anhörigträffar anordnas regelbundet på kommunens särskilda boende. Anhörigcentrum bedriver verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort stöd för anhöriga och närstående.

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. Varje verksamhet ska följa upp sina avvikelser kontinuerligt under året vid APT.

Avvikelser som är patientbundna rapporteras i verksamhetssystemet. Vid fall som rör sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande görs en lex Sarah rapport av den som upptäcker missförhållandet. Detta görs på en blankett som personal når på Perstorps kommun s intranät. Rutin finns för detta och ska gås igenom 2 gånger/ år på respektive områdes APT.

Vid fall som rör sig om en vårdskada rapporteras detta på en blankett som finns på intranätet och utreds av MAS. Rutin finns även för detta och följer rutinen för lex Sarah när det gäller uppföljning information till samtlig personal.

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

Klagomål och synpunkter

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

Ny lag som reglerar patientnämndernas uppdrag Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 januari

2018. Nytt är att patientnämnderna årligen ska analysera inkomna klagomål och synpunkter på aggregerad nivå. Patientnämndsärenden utreds individuellt med fokus på att utveckla och kvalitetssäkra vården. MAS är kontaktperson till Patientnämnden och får ta del av inkomna ärenden och utreder samt besvarar dessa när det krävs. Patientnämnden skickar en sammanställning över inkomna ärenden 2 gånger/ år. Under 2018 har två ärenden inkommit och besvarats enligt de direktiv som Patientnämnden lämnat.

Inkomna 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 har sammanställts och utretts av MAS och svar har sedan lämnats enligt önskemål. Under 2018 inkom ett ärende från IVO vilket rörde sig om handläggning och utförande av ett ärende inom personlig assistans enligt §9:2 LSS.

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

Egenkontroll

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

Egenkontroll av basala hygienrutiner genomförs årligen i samband med SKL:s mätningar vilka äger rum mellan vecka 12-13. 2018 genomfördes mätningar på Österbo samt inom sjuksköterskeverksamheten vilka genererade i för få mätningar för att uppnå ett resultat på nationell nivå.

Socialförvaltningen upprättade ett nytt avtal med Apoteket AB som i samband med det genomför en översyn av läkemedelshanteringen. Planeringen startade 2018 och översynen/ kontrollen genomfördes våren 2019 på Österbo och Ybbåsen. Det var första gången denna form av egenkontroll genomfördes sedan 2015.

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.

Inför 2019 kommer även egenkontroll genomföras på avvikelser i form av statistik och kontroll av dokumentation i avvikelserna för att på så sätt kontrollera att rutinen för avvikelser följs.

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen
Avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år eller oftare om behov föreligger	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Loggkontroller	4 gånger per år	Persnet, rutiner och riktlinjer

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Kvalitetsregister medverkar till ett ökat samarbete i verksamheterna. Perstorps kommun arbetar inte aktivt i dagsläget med något kvalitetsregister, men i samband med projekt DIDEK (Digital Innovation for Dementia Care) kommer man återinföra arbetet med kvalitetsregistret BPSD. Testbädd DIDEK är en testmiljö där idéer, tjänster, metoder och produkter kan testas, valideras och utvecklas i en verklig vårdmiljö. Enda kravet på idén, tjänsten, metoden eller produkten är att motivet bakom lösningen, och effekten av densamma i slutändan ska kunna mätas i höjd livskvalité för individer med kognitiv svikt till följd av en demenssjukdom. Testmiljön är förlagd till Österbo särskilda boende i Perstorps kommun.

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 livskvaliteten 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.

Kommunens Sylvia -undersköterska kommer att genomgå en certifieringsutbildning under 2019 för att sedan fortsätta med implementering och utbildning inom samtliga verksamheter inom förvaltningen.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör en sammanställning av de avvikelser som skett vid två tillfällena under året. Avvikelserutinen har uppdaterats under året. Följsamheten till denna har dock varit dålig vilket har visat sig i form av förse-nade utredningar eller icke kompletta sådana. Detta resulterade i att vid årsskiftet fick vård och omsorgsverksamheten göra ett omtag för att samtliga berörda professioner skulle ta sitt ansvar vid utredningen i varje enskild avvikelse. I samband med detta framkom också en oklar-het kring fallrutinerna vilket gjorde att detta behövs ses över separat under 2019.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ska hantera inkomna syn-punkter på vården och utreder och anmäler till IVO enligt Lex Maria. MAS utreder även inkomna lex Sarah rapporter enligt uppdaterad rutin. Under 2018 har ingen anmälan gjorts enligt Lex Maria. Tre ärenden en-ligt lex Sarah har utretts.

Basala hygienrutiner

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

Läkemedelshantering

Följsamheten gentemot lokal rutin för läkemedelshantering följs lö-pande upp via avvikelser. Avtal finns sedan hösten 2018 med Apoteket AB för granskning av läkemedelshantering och följsamhet till de lokala riktlinjerna.

Läkemedelsgenomgång

Alla brukare där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är 75 år och äldre, med minst fem läkemedel, ska erbjudas en läkeme-delsgenomgång varje år. Vid läkemedelsgenomgången samverkar an-svarig läkare inom Primärvården, apotekare och sjuksköterska från kommunen. En symtomskattning görs för att sedan analysera den till-sammans med ordinerade läkemedel och planera ev. justeringar, föränd-ringar eller utsättningar av olämpliga läkemedel.

Samverkan vid utskrivning

Det nya 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 resursan-vändningen 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 en tid tillbaka ett mötesforum 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.

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.

Verksamhetssystemet som används har uppdaterats under året för att anpassas efter Socialstyrelsens nya direktiv gällande KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder). En åtgärdskod är en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. Utbildning har hållits för samtlig HSL personal 2018 med uppföljning 2019 där verksamheten har använt sig av en konsult från Tieto.

Risakanalys

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

Vårdgivaren skapade under 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 informerar 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 risakanalys vilken görs enligt socialstyrelsens mall.

Riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga och befintliga rutiner uppdateras årligen eller oftare om behov föreligger.

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 involveras i utredningen. 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.

Under 2018 har ingen avvikelse inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada.

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 goda resultat. Kontrollerna fanns med i Perstorps kommuns Internkontrollplan för 2018, men har efter resultatet ansetts vara uppnått och finns inte med i Internkontrollplan för 2019. Arbetet inom Socialförvaltningen med loggkontroll fortsätter.
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 våren 2018 uppdaterades rutinen för loggkontroll och följsamheten till rutinen har fallit väl ut.
4. Redovisning av antalet genomförda kontroller av journalloggar sker vid årets slut på socialförvaltningens operativa ledningsgruppsmöte. Redovisningen sker av respektive verksamhetschef.
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. Vid införande av Socialstyrelsens nya direktiv gällande KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) har dokumentationen granskats av MAS samt utveckl-

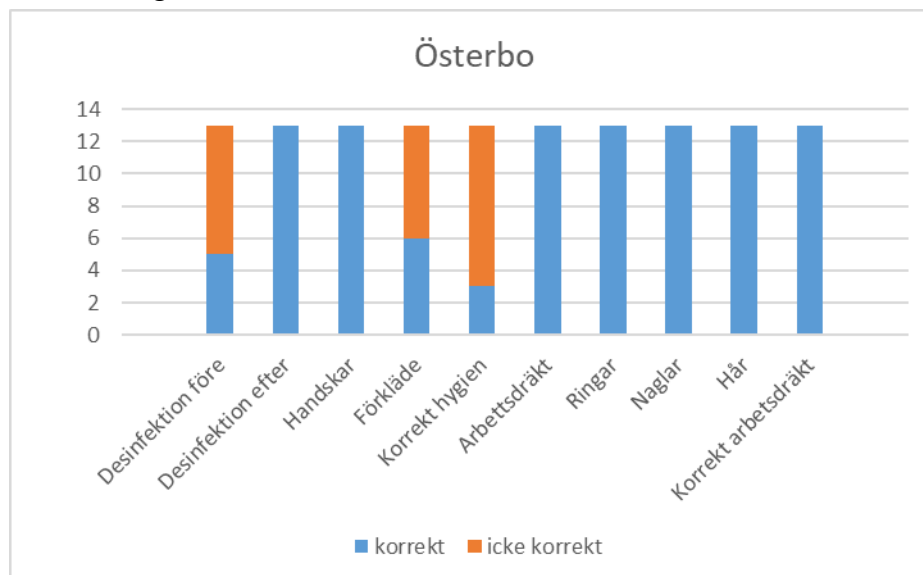
ingsstrateg. Det framkom då att det under 2019 ska satsas på en dokumentationsutbildning vilken ska vara förvaltningsövergripande där man kommer att utbilda sk teknikcoacher inom samtliga yrkeskategorier.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Egenkontroll av basala hygienrutiner genomfördes i samband med SKL:s nationella mätning. Resultatet från Österbo redovisas i nedanstående diagram:



Analysen efter genomförd mätning är oklarhet kring desinfektion före omvårdnadsarbetet samt användande av plastförkläde. Bristerna beror på okunskap i verksamheten.

Perstorps kommun upprättade ett nytt avtal med Apoteket AB hösten 2018, som innebär att man genomför en översyn av läkemedelshanteringen tillsammans med en farmaceut från Apoteket. Trots att granskningen inte har utförts i verksamheterna sedan 2015 visades ett gott resultat och god följsamhet till rutinen för läkemedelshantering när granskningen genomfördes i januari 2019. Översyn tillsammans med Apoteket AB kommer att ske årligen och då i olika verksamheter inom Socialförvaltningen.

Säkerhetskontroller via loggning har uppvisat ett gott resultat under året. Rutinen för loggkontroller har uppdaterats och visat på god följsamhet.

Basala hygienrutiner	Mätning enligt SKL	Verksamheter- na deltar i mätningen för första gången	För få mätningar för att uppnå resultat på nat- ionell nivå	Svårigheter att genom- föra mätningar inom samtliga verksamheter pga okunskap i flera led
Granskning av läke- medelshandlingen	Översyn tillsammans med Apote- ket AB	Nytt avtal upprättades 2018. Ej ge- nomfört sedan 2015.	Resultatet visar god följsamhet till läkemedelsru- tinen	God följsamhet till läkemedelsrutin och till de krav som ställs på oss som Vårdgivare utifrån patientsäkerhets- synpunkt
Loggkontroller	Loggkon- troll enligt rutin	Genomförda loggkontroller enligt befintlig rutin	Resultatet har utmynnat i att ett antal personer har ertappats att vara obehörig till delar i systemet som inte krävs i sin yrkesutöv- ning. Samtal har utförts mellan chef och medar- betare om varför, samt behörighet- er har justerats av systemförvaltare för tydligare gränssnitt.	Rutinen fungerar väl och uppmärksammar felen i systemet och uppbyggnaden för att kunna åtgärda detta.

Avvikelser

Avvikelser för 2018, vård och omsorg:

	Skapade	Åtgärdade
Fall	606	404
Läkemedel	344	234
Övriga	97	67
Totalt	1047	

Inom vård och omsorg i Perstorps kommun är följsamheten till rutinen för avvikelser generellt dålig oavsett verksamhetsområde. Enligt rutin ska utredningstiden vara 14 dagar, men enligt statistik kan man se att den genomsnittliga tiden ligger på ca 80-100 dagar. Åtgärder har framkommit i några avvikelser som har granskats. Dock innehåller det ingen risk- och sårbarhetsanalys i utredningen eller något som kan visa på vad man bör åtgärda. Åtgärdena förklarar mer vad som hänt men inte konkreta åtgärder som kan förhindra att avvikelserna upprepas.

Förbättringsförslag är att personal utbildas i avvikelshantering och att man får en förståelse att syftet är att utveckla verksamheten så att händelsen inte återupprepas eller att åtgärder i verksamheten måste åtgärdas för att minska t ex läkemedelsavvikelser. Förslag på åtgärder måste tydliggöras i dokumentationen kring varje avvikelse.

Klagomål och synpunkter

Under föregående år inkom två klagomål från Patientnämnden i Skåne. Efter avslutat ärende tas detta upp på APT på det området som berörs för att gå igenom händelsen och vad som var bra och vad som var fel, vilket leder fram till olika förbättringsåtgärder.

Synpunkter har inkommit till medicinskt ansvarig sjuksköterska i form av mail där den ena synpunkten också skickades till IVO.

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

Händelser och vårdskador

Utredning har gjorts efter inkommen lex Sarah rapport gällande problem kring trygghetslarm i Perstorps kommun. Problemen är ett flertal missade larm, obesvarade larm och uteblivna insatser. I samband med utredningen framkommer det att det ofta är problem kring arbetssättet kring larmtelefonerna, besvara larm och uppföljning av dessa. Perstorps kommun har Tunstall som larmoperatör vilket innebär att samtliga trygghetslarm går till en central larmoperatör som sedan ringer ut dessa larm till de befintliga larmtelefoner som hemtjänst förfogar över. Vid utredningstillfället framkom det att det inte fanns ett strukturerat arbetsätt kring trygghetslarmet och att den rutin som fanns inte var uppdaterad och inte heller känd i verksamheten.

Befintlig larmrutin gör gällande att det finns 4 st larmtelefoner uppdaterade på 4 områden. Specifika larmansvariga ansvarar för larmtelefonerna kl 7-12 på vardagar. Övrig tid på vardagar, samt hela dagar på helgen och hela natten ansvarar hemtjänstpersonalen för larmtelefonerna. Problem uppstår när det inte finns klarlagt vem som har larmtelefonerna och det har även hänt att dessa inte ens har lämnat lokalen.

Efter avslutad utredning är förslaget och den planerade åtgärden att ha en specifik tjänst som hanterar trygghetslarmet dagtid på vardagar medan övrig larmtid schemaläggs för att förhindra att larm missas och hjälp uteblir vilket då blir en påtaglig risk gällande patientsäkerheten.

Det har förekommit missade insatser hos såväl en och samma brukare som flera andra i hemtjänsten vid ett flertal tillfällen under året, vilka har riskerat patientsäkerheten på ett sådant sätt att en utredning med vidtagna åtgärder har krävts. De missade insatserna har inte varit ensstaka utan sammanhängande i vissa fall mer än en dag. Utredning har visat att missarna i aktuella fall har berott på fel i planeringen av insatser. Fel som uppstår beror dels på den mänskliga faktorn men även på ett datasystem som inte fungerar fullt ut. Detta har också visat sig i kontinuitets mätningar som har visat på ett dåligt resultat för Perstorps kommun.

Den omedelbara åtgärden innebar utökat stöd i planeringen och en vida-

reutveckling av befintligt datasystem samt en överblick kring biståndsbeslut och förmedling av insatser från samtliga yrkesgrupper. En del rutiner har uppdaterats i samband med detta och nya har skapats. En viktig del i fortsatt arbete är att samtliga rutiner är kända i verksamheterna.

Risikanalyt

Vid tillbud och händelser görs utredningar med efterföljande analyser. I samband med inspektion från Arbetsmiljöverket uppmärksammades brister i rutinerna gällande hantering av riskavfall samt stickande- och skärande föremål. Rutinen uppdaterades och omarbetades efter befintliga riktlinjer och krav som ska uppfyllas för att säkerställa att patientsäkerheten inte äventyras inom samtliga verksamheter.

Verksamheter som hanterar hälso- och sjukvårdsfrågor har 2019 infört säkerhetskanyler vid insulingivning, där Perstorps kommuns hälso- och sjukvård har övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen hos den enskilde. Dessa bekostas helt av Vårdgivaren.

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 bruttorisiklista är upprättad inom socialförvaltningen. Med tanke på väsentlighet och risk har man gjort en internkontrollplan inom följande tre områden, avvikelserutiner, rehabiliteringsutredning samt rutiner för ärendehantering i verksamhetssystemet.

Intern kontrollplan för socialförvaltningen under år 2019

Process	Risk/Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Kontrollmoment/Metod	Frekvens	Rapportering till
Avvikelse-rutiner	Förtroende skada, fysisk skada samt systemfel kan uppstå om inte avvikelser åtgärdas. (riskvärde S x K) 4 x 4 = 16 (sannolik/Allvarlig)	4 (sannolik)	4 (allvarlig)	Varje chefsområde skall kontrolleras en gång per år. Mätning skall göras sista april. Säkerställa att registrerade avvikelser åtgärdas enligt rutin. Metod: stickprov	1 ggr/år	Socialnämnd Förvaltningschef
Rehabiliterings-utredning	Risk för ekonomisk skada, högre sjukfrånvaro, ohälsa samt dålig personalpolitik. Detta kan få allvarliga konsekvenser för individen och verksamheten. (riskvärde S x K) 4 x 4 = 16 (Sannolik/Allvarlig)	4 (sannolik)	4 (allvarlig)	Säkerställa att rehabiliteringsutredning görs vid upprepad korttidsfrånvaro, längre frånvaro eller på begäran. Metod: Löpande under året samt stickprov	Löpande under året	Socialnämnd Förvaltningschef
Rutin för ärendehandläggning	Risk för förtroendeskada, ekonomisk skada samt bristande rättssäkerhet. Risk att anmälningar blir liggande. (riskvärde S x K) 4 x 4 = 16 (sannolik/allvarlig)	4 (sannolik)	4 (allvarlig)	Att ärendets gång är korrekt från aktualisering till avslut. Metod: Löpande under året samt stickprov	1 ggr/termin	Socialnämnd Förvaltningschef

Intern kontrollplan för 2019 kommer att se över rutinen för handläggning av inkomna ansökningar, såväl skriftliga som muntliga. Det framkommer vid olika avvikelser att handläggning av ärenden inte alltid följer befintliga rutiner och riktlinjer för detta och kan på så sätt äventyra säkerheten för den enskilde då insatser inte utförs eller blir verkställda till följd av bristfälliga utredningar. Detta äventyrar även rättssäkerheten för den enskilde.

Att förbättra kontinuiteten i bl a hemtjänst är ett mål för 2019. Vårdgivaren har under senare delen av 2018 kartlagt en del av problemen som kan härledas till ett planeringssystem som behöver utvecklas samt en kompetensutveckling för berörd personal som hanterar systemet. Vidare är personalens frånvaro ett problem som också finns med i Intern kontrollplanen för 2019.

Avvikelserutinen kommer att kompletteras med en fallrutin som kommer att utarbetas under 2019.

Under 2019 kommer Socialförvaltningen fokusera och kompetensutveckla personalen kring dokumentationen i befintligt verksamhetssystem genom att skapa en intern dokumentationsutbildning. Denna kommer att vara förvaltningsövergripande där man kommer att utbilda sk teknikcoacher inom samtliga yrkeskategorier. Detta blir ett led i att påbörja arbetet med journalgranskning såväl inom HSL som inom SoL och LSS.