



# Patientsäkerhetsberättelse 2021

## Socialnämnd

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>5</b>
3.1	<i>Engagerad ledning och tydlig styrning .....</i>	<i>5</i>
3.1.1	<i>Övergripande mål och strategier .....</i>	<i>5</i>
3.2	<i>Organisation och ansvar .....</i>	<i>5</i>
3.2.1	<i>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</i>	<i>7</i>
3.2.2	<i>Informationssäkerhet .....</i>	<i>8</i>
3.2.3	<i>Strålskydd .....</i>	<i>8</i>
3.3	<i>En god säkerhetskultur .....</i>	<i>9</i>
3.4	<i>Adekvat kunskap och kompetens .....</i>	<i>10</i>
3.5	<i>Patienten som medskapare .....</i>	<i>12</i>
<b>4</b>	<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>14</b>
4.1	<i>Öka kunskap om inträffade vårdskador .....</i>	<i>14</i>
4.2	<i>Resultat egenkontroller .....</i>	<i>14</i>
4.2.1	<i>Loggkontroll .....</i>	<i>14</i>
4.2.2	<i>PPM .....</i>	<i>15</i>
4.3	<i>Tillförlitliga och säkra system och processer .....</i>	<i>18</i>
4.4	<i>Säker vård här och nu .....</i>	<i>19</i>
4.4.1	<i>Avvikelse .....</i>	<i>19</i>
4.4.2	<i>Klagomål och synpunkter .....</i>	<i>20</i>
4.5	<i>Öka riskmedvetenhet och beredskap .....</i>	<i>21</i>
<b>5</b>	<b>Mål, Strategier och utmaningar för kommande år 22</b>	

# 1 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.

## 2 Sammanfattning

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

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

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

Verksamheten har fortsatt under 2021 haft ett stort fokus på patientsäkerhetsfrågor kopplat till Corona-pandemin för att säkerställa att alla delar arbetas med på ett säkert sätt, såväl för brukarna som för medarbetarna inom förvaltningen. Arbetet har avsett riskanalyser och bedömningar och åtgärder för att skydda riskgrupper, säkerställa att vårdhygieniska riktlinjer efterföljs samt upprätta lokala rutiner för bla utökad provtagning för såväl brukare som medarbetare, samt utveckla rutiner för att minska smittspridning samt smittspårning där detta har krävts. Pandemin har förutom revidering av befintliga rutiner satt samverkan mellan vårdgivare och andra huvudmän i fokus och det gemensamma arbete som krävs för att säkerställa att patientsäkerheten ges högsta prioritet. Detta har lett till att digitala möten har använts i stor utsträckning inom samtliga verksamheter där detta är möjligt.

Systematiskt kvalitetsarbete i form av en egenkontroller har utförts i verksamheterna. Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras årligen i samband med den nationella undersökningen via SKR vilken genomfördes under mars månad. Det har dock inte genomförts i samtliga verksamheter. Loggkontroller har genomförts enligt rutin.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys, har implementerats i samtliga verksamheter.

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

## 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Inom samma förvaltning finns en ledningsgrupp för Vård- och omsorg och en ledningsgrupp för IFO.

#### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och ansvarar därmed för att det finns ett kvalitets- och ledningssystem. Perstorps kommun använder sig av Stratsys.

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.

Vårdgivaren har fastställt följande vision för Perstorps kommun:

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

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

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

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

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

### 3.2 Organisation och ansvar

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

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Enligt 11 kap. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 1§ ska ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. Bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Enligt 2 § samma lag, ska Kommunen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Enligt 4 kap. 1-2 §§ HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet samt där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen ska svara för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamhetschefen ska följa upp och analysera verksamheten i syfte att kontinuerligt förbättra densamma. Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten. Inom området som regleras av HSL är den lagstadgade verksamhetschefen, enligt 4 kap § 2 HSL, Förvaltningschefen i Perstorps kommun.

Enligt 4 § HSL ska det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer över, finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

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

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

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

Samtliga enheter inom organisationen följer riktlinjer från Vårdhygien och Smittskydd inom region Skåne gällande arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Vårdgivaren har valt att inte upprätta lokala rutiner gällande vårdrelaterade infektioner och smittspridning då vi anser att det mest korrekta och uppdaterade riktlinjerna skapas av Vårdhygien och Smittskydd vilket också resulterar i att patientsäkerheten beaktas på ett optimalt sätt. Under de senaste åren, till följd av pandemin, har dessa rutiner och riktlinjer följt de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten har upprättat vilket innebär att hela kedjan av rutiner och riktlinjer gällande virusinfektioner och risk för smittspridning fått en djupare innebörd

och ett stort fokus i samtliga verksamheter som också har visat sig vara under en ständig förändring.

### **3.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

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

Mina Planer ska säkerställa att brukaren får den vård och det stöd som behövs och säkerställer att hemgångar sker på ett säkert sätt så att patientsäkerheten aldrig äventyras. Under 2020 permanentades en samverkansgrupp vilken benämns IHOP- A .IHOP-A är ett komplement till Mina Planer där Hässleholms sjukhus, primärvården och kommunen planerar vården och eftervården vid hemkomst för brukaren via Teams/ Skype möten. Pga svårigheten att bedöma säkerheten kring de digitala mötena har dessa uppmanats att genomföras på annat sätt. Då det har varit svårt att finna andra vägar än digitala möten, har strukturen kring dessa säkrats upp.

Vidare har samtliga legitimerade sjuksköterskor i kommunen tillgång till NPÖ, Nationell patientöversikt, vilket är en tjänst som möjliggör för olika vårdgivare att, med patients samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter.

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

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

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

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

Vårdhygien och smittskydd Skåne har haft regelbundna möten med Skånes medicinskt ansvariga sjuksköterskor för att uppdatera riktlinjer och föreskrifter som har krävts i

hanteringen av Corona- pandemins framfart. Detta har varit speciellt avgörande i de fall av smitta som har förekommit såväl bland brukare som bland medarbetare inom samtliga verksamheter.

När vaccinationerna mot Covid- 19 planerades och genomfördes bildades ytterligare ett forum med utgångspunkt i planering kring vaccinationerna och hur dessa skulle genomföras. Mötena ägde rum varje vecka för att avslutas i februari 2022.

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

### 3.2.2 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 upprättat en 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.
- Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring följs enligt samma rutin men granskas även av Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta sker oftast vid utredningstillfällen som t ex avvikelser eller inkomna synpunkter.

Under 2021 och fortsatt under 2022 har det genomförts en dokumentationsutbildning för samtlig personal inom Socialförvaltningen. Dessa utbildningar är ett komplement till de utbildningar samtliga medarbetare genomgår i utbildningsportalen Diploma som förvaltningen köpte in under året.

Det har skapats ett utbildningspaket i Diploma som även innefattar utbildning om lex Sarah och lex Maria. Detta utbildningspaket uppdateras av myndighetsstrateg kontinuerligt.

SITHS kort inloggning är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav 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 Palliativa registret. Enhetschefer, biståndshandläggare och viss omvårdnadspersonal använder SITHS-kort för inloggning i Mina Planer och kvalitetsregister Senior Alert.

### 3.2.3 Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Strålsäkerhetsmyndigheten har ett samlat ansvar inom områdena strålskydd, kärnsäkerhet och nukleär icke-spridning. Myndigheten arbetar pådrivande och förebyggande för att skydda människor och miljö från oönskade effekter av strålning.

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



### 3.3 En god säkerhetskultur

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.

Syftet med arbetsmiljölagen, AML, är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att skapa en god arbetsmiljö. Där står det till exempel att arbetsgivaren är ytterst ansvarig för arbetsmiljön och ska leda arbetet mot en bättre arbetsmiljö.

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.

Arbetsgivaren har ansvar för att regelbundet undersöka och kartlägga risker i arbetsmiljön (AFS 2001:1 § 8), både i den löpande verksamheten och inför förändringar av verksamheten. Undersökningen av risker görs för kartlägga befintlig ohälsa och för att förebygga att ohälsa uppkommer. De brister/risker som upptäcks, och som inte kan åtgärdas direkt, ska in i enhetens/avdelningens handlingsplan. Detta görs genom årliga skyddsronder på arbetsplatsen samt riskbedömningar i hemmet där detta är aktuellt

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

Riskbedömningen utförs på uppdrag av 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 områdeschef

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

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

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

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

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

I samband med att Coronapandemin drabbade Sverige gjordes en genomgång av risker i samtliga verksamheter inom vård och omsorg gällande hantering av smitta såväl bland brukare som bland personal. Detta gjordes tillsammans med de fackliga organisationerna. En viktig del i detta arbete har varit att hantera tillgång och efterfrågan på skyddsmaterial där det tidigt utsågs en funktion i verksamheten som ansvarade för tillgång på skyddsmaterial. Initialt var detta ett stort problem för samtliga verksamheter då bristen på skyddsmaterial nationellt gjorde att det noggrant följdes råd och riktlinjer som utformades av smittskydd Skåne och vårdhygien inom region Skåne. Det har även

gjorts riskbedömning vid omvårdnadsnära arbete, vad räknas som vårdnära, hur ser risken ut för exponering av smitta och hur hanteras fastställd smitta i verksamheten, såväl ur brukaperspektiv som medarbetarnas. Detta arbete har fortsatt under året.

### **3.4 Adekvat kunskap och kompetens**

Socialförvaltningen har som mål att enbart ha adekvat utbildad personal inom samtliga område. Yrkeskompetensen säkerställs genom krav på utbildning, minst undersköterskenivå är gällande inom vård och omsorg.

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

#### **Vård och omsorg**

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

- *Läkemedelshantering grundkurs*
- *Sekretess inom LSS och SoL*
- *ABC akutsjukvård*
- *Basala hygienrutiner*
- *Förflyttningsteknik*
- *Jobba säkert med läkemedel*
- *Läkemedelshantering inför förnyad delegering*
- *Jeanette och sekretessen*
- *Handskar ersätter inte handhygien*

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.

Samtliga medarbetare inom Socialförvaltningen genomgår följande utbildningar:

- *Social dokumentation grundkurs*
- *Lex Sarah*
- *Lex Maria*

Samtliga verksamheter använder sig av teknikcoacher för att sprida kunskap om de verksamhetssystem som används samt kollegialt lärande. Teknikcoacherna arbetar mitt i verksamheten och det finns möjlighet till snabb hjälp på plats.

Inom funktionshinderverksamheten planeras kurser i TEACCH-modellen och MI (motiverande samtal) under 2022. Inom samma verksamhet finns en särskild punkt på varje APT, medarbetarskap, som berör förbättringsarbete- och implementeringsarbete. Det finns särskilda forum på arbetsplatsen där det kontinuerligt arbetas särskilt med dessa frågor.

På Österbo har man i anslutning till APT en ”utbildning/uppdatering” som sjuksköterskorna håller i. Vid dessa tillfällen finns möjlighet till utbildning, t ex

genomgång av vitalparametrar samt basala hygienrutiner. Två gånger per år genomförs ”arbetslagsdagar” (avdelningsvis) då man jobbar med framförallt förbättringsarbete och implementeringsarbete. Detta görs både genom diskussioner och praktiska övningar.

### **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 slutna vård 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.

Vid schemaläggning bland den legitimerade personalen ser man till att det finns både erfaren och oerfaren i tjänst om någon ny har börjat. Vid nyanställning planeras det för brevidgång och vid ensamtjänstgöring så finns det alltid någon erfaren i beredskap för rådgivning/stöttning.

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. Någons ansvarsområde diskuterats på varje 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, sondmat mm) samt uppföljning av denna årligen är också ett sätt att säkerställa patientsäkerhet och omvårdnadspersonalens kompetens.

### **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.

### **Bemanning och schemaläggning**

Säker bemanning och schemaläggning säkerställs genom användandet av Timecare. Erfarenhet och kompetens säkerställs genom krav på utbildning och fortbildning enligt ovan. Arbetsgivaren riktar kraven efter verksamhetens behov vid nyrekryteringar.

Omvårdnadspersonalen lägger själva sitt schema i Timecare.

När det har varit smitta av olika slag på de olika avdelningarna på tex Österbo, har dessa avdelningar isolerats. Vid planering av bemanning vid dessa tillfällen planeras och bemannas så att det inte finns risk att man rör sig mellan de olika avdelningarna. Vid korttidsfrånvaro bemannas det i så stor utsträckning som möjligt med vikarier som är vana på respektive avdelning.

### **Verksamhetssystem**

Socialförvaltningen har investerat i ett nytt verksamhetssystem Lifecare, som är en uppdatering av redan befintligt verksamhetssystem Procapita. I samband med detta utbildas samtliga medarbetare i hur systemet används för att säkerställa korrekt dokumentation. Medarbetare har också fått möjlighet att delta under själva uppbyggnaden av systemet.

### **3.5 Patienten som medskapare**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Tidigt 2016 upprättades ett avtal om ansvarsfördelning och utveckling 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 fortfarande grunden för att skapa en vård där patienten är delaktig och där ansvarsfördelningen mellan vårdgivare tydliggörs för att underlätta vården för den enskilde.

Perstorps kommun har i samband med detta avtal utvecklat systemet Mina Planer till att arbeta närmare patienten genom ett samarbete som heter IHOPA. Detta är kopplat till Hässleholms sjukhus och möjliggör till 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. En SIP är oftast en del i utskrivningsprocessen från slutenvård och en förutsättning för att bli inskriven i Mobilt vårdteam enligt Hälso- o sjukvårdsavtalet. Vid samordnad individuell vårdplanering/SIP ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående, kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare samt ansvarig läkare på primärvården eller slutenvården, för att utifrån den enskildes mål och behov planera de framtida insatserna, vården och behandlingen. I samband med att SIP genomförs för gruppen de mest sköra äldre görs också en bedömning tillsammans med brukare om inskrivning i mobilt vårdteam. Mobilt vårdteam är ett team som består av läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunens verksamhet. .

#### **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 samt närstående deltar.

#### **Anhörigträffar**

Anhörigträffar som normalt anordnas regelbundet på kommunens särskilda boende har inte kunna genomföras pga Corona- pandemin, men kommer att återupptas när restriktionerna kring Corona- pandemin har hävts.

Anhörigcentrum bedriver vanligtvis verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort

stöd för anhöriga och närstående.

### **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.

Planering pågår av ett införande av ett kvalitetsarbete gällande palliativ vård. Tillsammans med ASIH skulle medarbetarna börja arbeta efter NVP- nationell vårdplan vid livets slutskede för att på så sätt säkerställa att där behov finns, ska arbetet kring patienten säkerställa samma goda vård för alla i Perstorps kommun. Perstorps kommun deltar i ett nätverk för palliativ vård där HSL gruppen är representerade.

## 4 Agera för säker vård

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

### 4.1 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 2021 har två avvikelser inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada som efter utredning avslutades utan anmälan till IVO då det inte förelåg någon vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska är kontaktperson till Patientnämnden.

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.









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 och allvarliga vårdskador har kunnat undvikas.

### 4.2 Resultat egenkontroller

#### 4.2.1 Loggkontroll

Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2021	Helhetsbedömning, Antal Q2 2021	Helhetsbedömning, Antal Q3 2021	Helhetsbedömning, Antal Q4 2021
Har medarbetare varit aktiv i systemet? (Läst och/eller dokumenterat)	 Uppfyllt 2 (st)	 Uppfyllt 4 (st)	 Uppfyllt 4 (st)	 Uppfyllt 3 (st)
	 Ej svarat 8 (st)	 Ej svarat 6 (st)	 Delvis uppfyllt 1 (st)	 Delvis uppfyllt 1 (st)

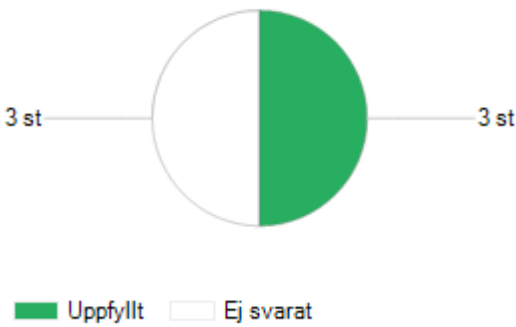
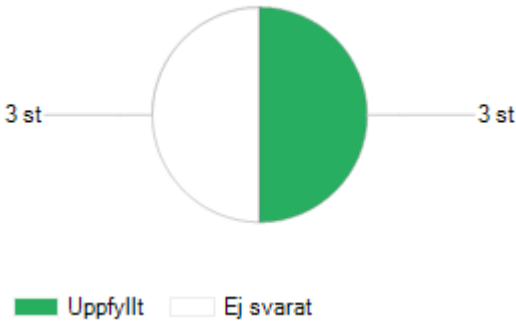
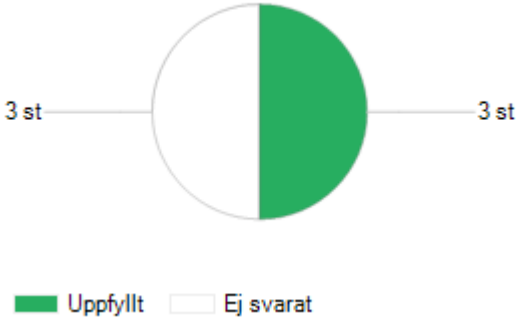
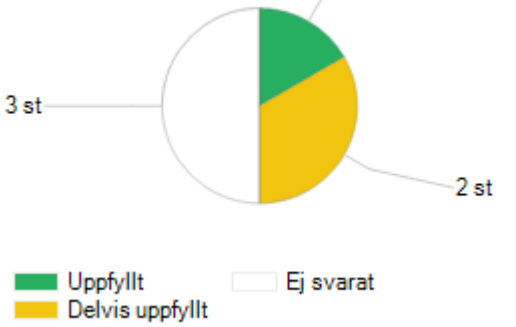
Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2021	Helhetsbedömning, Antal Q2 2021	Helhetsbedömning, Antal Q3 2021	Helhetsbedömning, Antal Q4 2021
			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ej svarat 5 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ej svarat 6 (st)</li> </ul>
Har medarbetare varit i tjänst vid aktivitet i systemet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 2 (st)</li> <li>■ Ej svarat 8 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>■ Ej svarat 6 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>◆ Delvis uppfyllt 1 (st)</li> <li>■ Ej svarat 5 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>■ Ej svarat 6 (st)</li> </ul>
Har medarbetare skäl till läst/dokumenterad journal/akt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 2 (st)</li> <li>■ Ej svarat 8 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>■ Ej svarat 6 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>◆ Delvis uppfyllt 1 (st)</li> <li>■ Ej svarat 5 (st)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uppfyllt 4 (st)</li> <li>■ Ej svarat 6 (st)</li> </ul>

#### 4.2.2 PPM

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Korrekt desinfektion av händerna före	<p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uppfyllt 1 st</li> <li>■ Delvis uppfyllt 2 st</li> <li>■ Ej svarat 3 st</li> <li>■ Ej svarat 1 st</li> </ul> </p>	År
Korrekt desinfektion av händerna efter	<p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uppfyllt 2 st</li> <li>■ Delvis uppfyllt 1 st</li> <li>■ Ej svarat 3 st</li> <li>■ Ej svarat 1 st</li> </ul> </p>	År

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor	<p>3 st</p> <p>3 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat</p>	År
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock	<p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>1 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	År
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (korrekt i samtliga fyra steg)	<p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>2 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	År
Korrekt arbetsdräkt	<p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>2 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej svarat</p>	År



Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	 <p>3 st</p> <p>3 st</p> <p>■ Uppfyllt    □ Ej svarat</p>	År
Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material	 <p>3 st</p> <p>3 st</p> <p>■ Uppfyllt    □ Ej svarat</p>	År
Kort eller uppsatt hår	 <p>3 st</p> <p>3 st</p> <p>■ Uppfyllt    □ Ej svarat</p>	År
Korrekt följsamhet till klädregler (korrekt i samtliga fyra steg)	 <p>1 st</p> <p>2 st</p> <p>3 st</p> <p>■ Uppfyllt    □ Ej svarat ■ Delvis uppfyllt</p>	År

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (Korrekt i samtliga åtta steg)	<p>Legend:  <span style="color: green;">■</span> Uppfyllt  <span style="color: yellow;">■</span> Delvis uppfyllt  <span style="color: white;">■</span> Ej svarat</p>	År

### 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

#### PPM

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Metoden grundar sig på observationsstudier av medarbetare i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Dessa Punkt Prevalens Mätningar, PPM, sker årligen i samband med SKR:s mätningar. Under 2021 gjordes det inte i den utsträckningen som krävs och rapporterades inte heller till den nationella databasen.

#### BHK (Basala hygienrutiner och kläder)

Vid kontroll av arbetskläder kontrolleras användandet av kortärmade arbetskläder, armar och fingrar fria från klockor, armband, ringar, naglar fria från nagellack och konstgjort material samt kort eller uppsatt hår. Under pandemin användes skyddsutrustning i hög grad, både som basal utrustning samt utökad utrustning vid konstaterat fall av Covid. Inför användandet av skyddsutrustning upprättade Socialförvaltningen, tillsammans med Arthur Lundkvist vårdskola, en instruktionsfilm för rätt hantering av skyddsutrustning. Under hela pandemin kunde man se en god följsamhet till användandet av skyddsutrustning då smittspridning av såväl Covid som annan virussjukdom förekom i låg utsträckning.

#### Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar finns idag reglerade i 11 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) 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 § HSLF-FS 2017:37).

Vårdcentralen i Perstorp har tillsammans med kommunens sjuksköterskor ett fungerande sätt för att erbjuda årlig läkemedelsgenomgång. Det har dock varit svårt att göra pga pandemin då det också innebär att en apotekare ska delta. Ansvarig läkare tillsammans med ansvarig sjuksköterska i kommunen har dock genomfört de läkemedelsgenomgångar som har krävts vilket erbjuds samtliga som flyttar in på särskilt boende.

## 4.4 Säker vård här och nu

Socialförvaltningen har haft en del externplaceringar under 2021, främst gällande placeringar pga missbruksproblematik och inom funktionshinderverksamheten. Dessa placeringar har fungerat väl gällande god och säker vård. Uppföljningar kring dessa sker regelbundet av ansvarig handläggare men även av andra vårdgivare som är aktuella i ärendena. Det sker alltid en samplanering vid en placering vilket hanteras i en SIP.

Socialförvaltningen har varit drabbad av en hög frånvaro bland medarbetare som en följd av Corona- pandemin. Vi har dock inte sett någon påverkan gällande patientsäkerheten då vi främst har kunnat lösa frånvaron i egen regi och

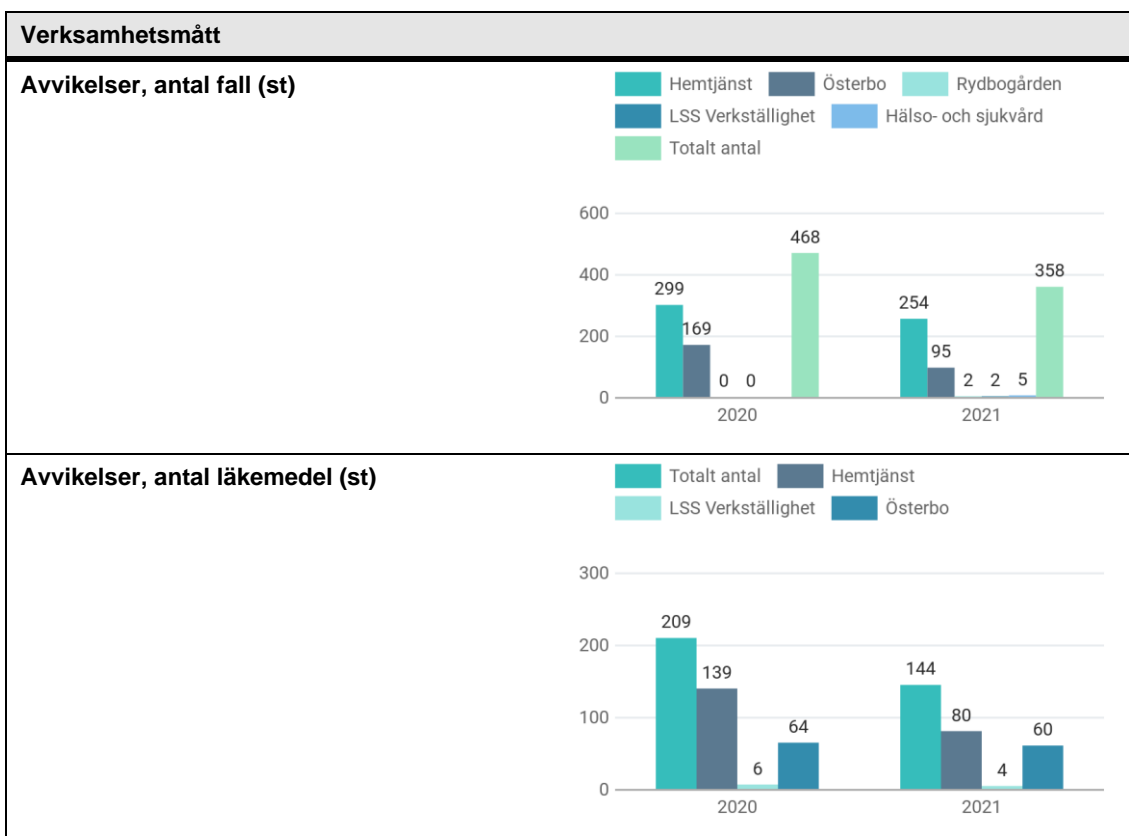
Corona- pandemin uppmärksammade bristen på skyddsutrustning och svårigheter att få detta levererat när behov uppstår. Detta har inneburit att Socialförvaltningen nu har ett beredskapslager av utrustning och har också säkerställt möjligheter att upphandla produkter från annan leverantör än tidigare.

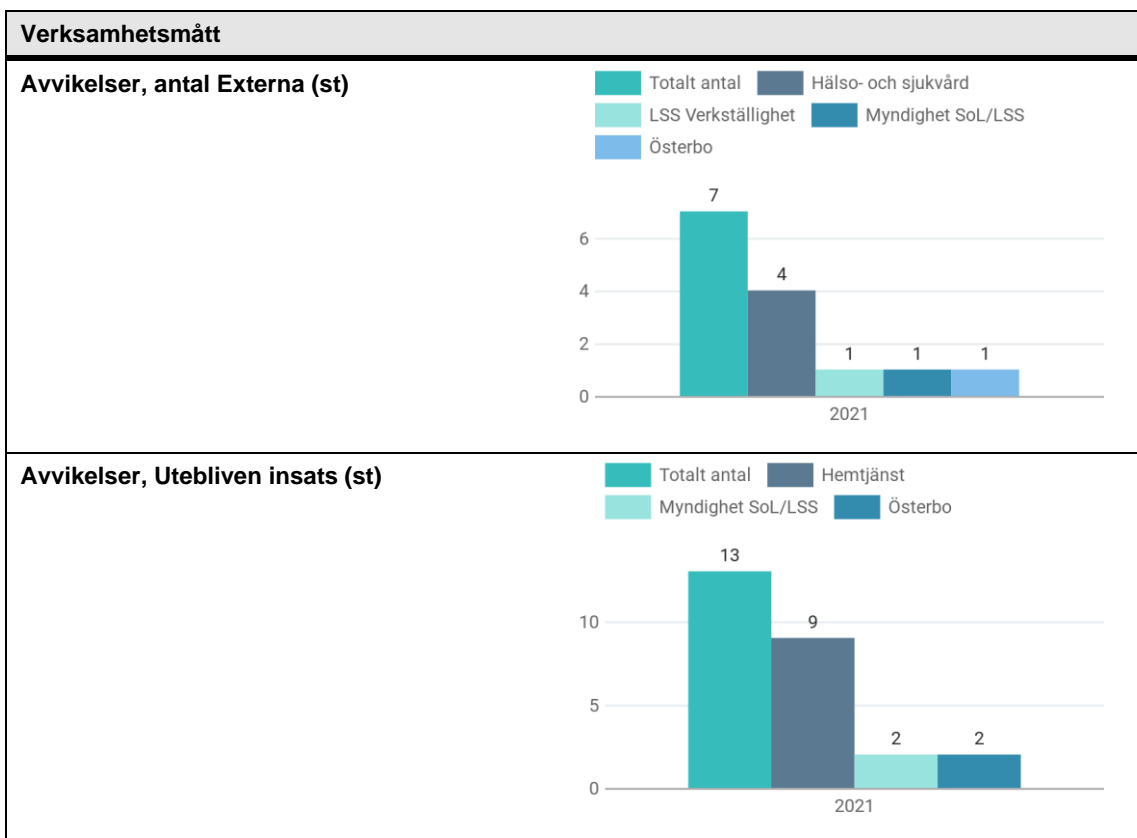
### 4.4.1 Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal rapporterar avvikelser via avvikelssystemet i verksamhetssystemet Lifecare. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet. Under 2021 har avvikelshanteringens succesivt övergått från verksamhetssystem Procapita till motsvarande i Lifecare. Samtidigt har det inneburit översyn och en viss förändring av rapportering och kriterier för avvikelser och utredningarna kring detta.

Rutinen kommer att ses över ytterligare under 2022.

#### 4.4.1.1 Rapportering antal avvikelser





#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

En lag som reglerar patientnämndernas uppdrag Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 januari 2018. Patientnämnderna analyserar inkomna klagomål och synpunkter på aggregerad nivå. Detta återkopplas till kontaktpersonen två gånger/ år. MAS är kontaktperson till Patientnämnden och får ta del av inkomna ärenden och utreder samt besvarar dessa när det krävs. Patientnämndsärenden utreds individuellt med fokus på att utveckla och kvalitetssäkra vården. Under 2021 har två ärenden inkommit.

Det finns idag en möjlighet att lämna ett klagomål eller en synpunkt via e- tjänst på Perstorps kommuns hemsida. Under 2022 kommer denna att kopplas till verksamhetssystemet Lifecare. 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 2021 inkom inga ärenden gällande klagomål från IVO som berörde vård och omsorg.

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

## **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Pandemin har medfört en ökad medvetenhet om den beredskap som krävs inom samtliga enheter inom Socialförvaltningen. Tidigt i pandemin skapades en krisledningsstab som hade regelbundna möten för att kunna möta de behov och frågor som uppstod i verksamheterna. Detta arbete medförde också att varje förvaltning skapade en krisorganisation som regelbundet fortsatt uppdateras.

Under det gångna året har samtliga verksamheter skapat en prioriteringsordning som skulle kunna träda in om verksamheterna kräver det i brist på personal, utrustning eller annat som gör att verksamheten inte kan fortgå som vanligt.

Det finns en viss beredskap gällande skyddsutrustning och annat som kan behövas för att bedriva en god och säker vård om omständigheterna kräver detta. Denna beredskap fanns inte tidigare, men är nu på plats och är fortsatt gällande.

## 5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

Enligt 3 kap 1 § Patientsäkerhetslagen (210:659) har vårdgivaren en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

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

Intern kontroll ska säkerställa att verksamheten uppnår följande mål:

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

Planen för intern kontroll följs upp årligen i kvalitetsledningssystemet och revideras för att uppnå satta mål.

### Digitala lösningar

Digitala lösningar har använts i stor omfattning under 2021. Detta har visat sig vara ett väl fungerande arbetssätt som har skapat många möjligheter till möten, såväl i form av vårdplaneringar men även andra möten som har krävts för att skapa en fungerande verksamhet när fysiska möten inte längre har varit möjligt. Detta har också visat sig vara gynnsamt ur ett HUT- perspektiv då resor har minskat avsevärt. Dessa digitala lösningar kommer fortsatt att vara aktuella under 2022

### Utbildningar

En utbildningssatsning kommer också att göras inom Socialförvaltningen då man har köpt in ett utbildningspaket som heter Diploma. Denna utbildningssatsning är påbörjad och kommer att fortsätta under kommande år. Förvaltningens myndighetsstrateg har tillsammans med respektive enhetschef skapat utbildningspaket som riktar sig till samtliga anställda inom hela förvaltningen, vilket kommer att fortsatt utvecklas under 2022. Dokumentationsutbildningen i Diploma kompletterades under 2021 med fysiska utbildningstillfällen vilket kommer att fortsätta under 2022. Detta är ett led i kvalitetsutvecklingen inom området.

Under 2022 kommer Socialförvaltningen att satsa på utbildning för samtliga medarbetare inom området för psykisk ohälsa då tre medarbetare är utbildade instruktörer inom MHFA, Mental Health First Aid, dvs första hjälpen till psykisk hälsa. Kunskaper om Första hjälpen vid akut kroppsskada och hjärt- och lungräddning har bidragit till att folk i allmänhet vet en hel del om kroppsliga sjukdomar och åkommor, och använder dessa kunskaper för att rädda liv. Kunskapsnivån är emellertid låg när det gäller psykiska sjukdomar. Därför händer det att omgivningen undviker att uppmärksamma när någon har psykiska problem eller så undviker personen att söka hjälp för sina egna psykiska problem. Instruktörsutbildningen vänder sig till personer som vill arbeta som instruktörer i Första hjälpen till psykisk hälsa. Instruktörsutbildningen omfattar en veckas heltidsutbildning och därefter finns möjlighet till handledning. Utbildningen ger behörighet till att organisera och utföra egna Första hjälpen till psykisk hälsa-kurser.

- Utbildningen ger en god överblick om förekomsten av olika former av psykisk sjukdom i Sverige. Som kursdeltagare får du ingående kunskap om de tecken och symtom som finns vid olika psykiska sjukdomstillstånd, särskilt depression,

självbrandsnärhet, psykosjukdomar och ångesttillstånd och om vilken behandling som finns för dessa tillstånd.

- Kursen ger kunskap om hur du känner igen och kan gripa in vid kriser som exempelvis självskadeteende, självmordsnärhet, panikattacker, trauma och akuta psykotillstånd.
- Kursen lär ut hur du tar emot information, bekräftar och uppmuntrar till att söka lämplig psykiatrisk hjälp och att uppmuntra användandet av olika självhjälpstrategier.
- Programmet är baserat på vetenskaplig evidens och experters och sakkunnigas gemensamma rekommendationer.

Socialförvaltningen kommer att utbilda samtliga medarbetare i MHFA under 2022 där instruktörerna kommer att planera för denna utbildning.

### **Egenkontroller**

Årshjul har skapats för att samtliga chefer ska ha en överblick av de egenkontroller som ska utföras under året. Dessa årshjul med tillhörande aktiviteter finns i kvalitetsledningssystemet Stratsys där samtliga uppföljningar dokumenteras och följs upp. Detta görs på enhetsnivå.

En del egenkontroller har blivit missade såsom PPM mätningar.

Egenkontroller gällande loggkontroller kommer att utvecklas under året så att de även innefattar en kvalitetsgranskning av dokumentationen. Mallar för detta kommer att skapas.

Avvikelsehanteringen kommer att ses över under 2022 då det fortsatt brister i hanteringen av dessa. Detta gäller främst hanteringen i verksamhetssystemet av enhetschefen. För medarbetaren kommer det att knytas ihop med utbildning gällande dokumentation för att också få en kunskap i vad en avvikelse är.