



Patientsäkerhetsberättelse 2022

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	4
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
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>6</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>9</i>
3.3	<i>En god säkerhetskultur</i>	<i>9</i>
3.4	<i>Adekvat kunskap och kompetens</i>	<i>11</i>
3.5	<i>Patienten som medskapare</i>	<i>13</i>
4	Agera för säker vård	15
4.1	<i>Öka kunskap om inträffade vårdskador</i>	<i>15</i>
4.2	<i>Resultat egenkontroller</i>	<i>15</i>
4.2.1	<i>Loggkontroll</i>	<i>15</i>
4.2.2	<i>PPM</i>	<i>16</i>
4.3	<i>Tillförlitliga och säkra system och processer</i>	<i>19</i>
4.4	<i>Säker vård här och nu</i>	<i>19</i>
4.4.1	<i>Avvikelse</i>	<i>20</i>
4.4.2	<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>21</i>
4.5	<i>Öka riskmedvetenhet och beredskap</i>	<i>22</i>
5	Mål, Strategier och utmaningar för kommande år 23	

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.

Systematiskt kvalitetsarbete i form av egenkontroller har utförts i verksamheterna. Egenkontrollerna är samma typ av kontroller som tidigare år då den strategiska ledningsgruppen tog beslut om att dessa inte skulle förändras. Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras årligen i samband med den nationella undersökningen via SKR vilken genomfördes under mars månad. Loggkontroller har genomförts enligt rutin. Dokumentationen har varit i fokus och det har genomförts såväl fysiska som digitala utbildningar i ämnet. Under utbildningstillfällena har man belyst både den juridiska delen kring dokumentationen men även vad som ska dokumenteras i en journal. Fortfarande ser verksamheten dock stora brister gällande dokumentationen då implementering och utbildning i det nya verksamhetssystemet Lifecare har stora brister inom samtliga områden inom Socialförvaltningen.

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 avvikelshantering, 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, förvaltningsjurist, controller, nämndsekreterare, utvecklingskoordinator och MAS ingår. Till dessa möten adjungeras olika professioner 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. I detta forum tas också beslut gällande de punkter som krävs för att öka patientsäkerheten enligt den Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Inom samma förvaltning finns en ledningsgrupp för Vård- och omsorg och en ledningsgrupp för IFO. Dessa två ledningsgrupper är underställda respektive verksamhetschef.

Arbetet för att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården behöver ta ytterligare steg för att hantera både dagens och morgondagens behov, som bland annat handlar om:

- den medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa
- organisatoriska förändringar och nya vårdformer, exempelvis omställningen till god och nära vård
- ekonomiska förutsättningar och avvägning mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper
- tillgången till personal med adekvat kompetens.

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 mål 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 Interkontrollplanen 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

Det är vårdgivarens ansvar att verksamheten bedrivs på det sätt som åsyftas i lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska bland annat planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls. 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 patientsäkerheten 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. Rutiner som berör patientsäkerheten uppdateras av MAS och lämnas sedan för beslut till Socialnämnden. Riktlinjer som

berör området beslutas av socialnämnd. 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.

Som ett stöd i att kontinuerligt kunna följa utvecklingen inom verksamheterna rapporteras det regelbundet i kvalitetsledningssystemet Stratsys där verksamhetschef samt förvaltningschef kan följa utvecklingen på respektive enhet.

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.

Vidare har samtliga legitimerade sjuksköterskor i kommunen, samt de professioner som arbetar med brukaren såsom biståndshandläggare, tillgång till NPÖ Nationell patientöversikt, vilket är en journalföring som möjliggör för olika vårdgivare att, med patients samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter. Samtycket har tidigare varit en svårighet att hantera, men då vårdgivarna har ett ansvar att säkerställa informationsöverföring ur ett patientsäkerhetsperspektiv, är samtycket registrerat i Mina Planer och gäller då även NPÖ.

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.

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.

Vårdhygien och smittskydd Skåne har sedan pandemin 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. Nu innehåller dessa möten även allmän information ur ett smittskyddsperspektiv.

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 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 t. ex. 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 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 en arbetsgrupp bestående av MAS, enhetschef HSL samt en projektledare för rekrytering och bemanning, 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. 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. Personalen ska inte bara veta vilka risker som kan finnas utan också kunna undvika riskerna. Arbetsgivaren har alltid ansvaret men kan fördela uppgifter i arbetsmiljöarbetet. En sådan fördelning bör vara tydlig så att alla vet vad som krävs av dem. Arbetstagaren har inget formellt ansvar, men deltar i arbetsmiljöarbetet genom att till exempel rapportera risker, tillbud, sjukdom och olycksfall, föreslå åtgärder och lämna synpunkter på det som genomförs.

Utdrag ur arbetsmiljölagen, kap 6: "Arbetsgivare och arbetstagare skall bedriva en på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljöverksamhet."

Arbetsmiljölagen säger också att arbetstagaren skall medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Hen skall följa givna föreskrifter samt använda de skyddsanordningar och iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Om arbetstagaren finner att arbetet innebär omedelbar och allvarlig fara för liv eller hälsa, skall hen snarast underrätta arbetsgivaren eller skyddsombud. Socialförvaltningen genomför SAM årligen, Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete gäller för alla arbetsgivare. Systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa.

I Perstorps kommun har varje enhetschef blivit delegerade arbetsmiljöansvaret. Som

chef måste du känna till arbetsmiljölagen och de arbetsmiljöreger 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.

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 att kartlägga befintlig ohälsa och för att förebygga att ohälsa uppkommer. De brister/risker som upptäcks, och som inte kan åtgärdas direkt, ska föras 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 brukarperspektiv 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 områden. Yrkeskompetensen säkerställs genom krav på utbildning där undersköterskenivå är det utbildningskrav man arbetar mot bland medarbetarna som arbetar patientnära.

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. Detta har genererat i en utveckling av introduktionsprogram via utbildningsportalen för de som söker tjänster i Perstorp, både före och efter rekryteringen.

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*
- *Lex Sarah*
- *Lex Maria*

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 diskuteras 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. Två medarbetare är anställda för att erbeta med planeringen i hemtjänst. All planering sker i samråd med respektive enhetschef.

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 enligt ovan. Även här arbetar två medarbetare för att säkerställa bemanningen inom samtliga verksamheter inom Vård- och omsorg. All planering sker i samråd med respektive enhetschef.

Omvårdnadspersonalen lägger själva sitt schema i Timecare på Österbo, dock inte inom hemtjänst.

Vid korttidsfrånvaro bemannas det i så stor utsträckning som möjligt med vikarier som är vana på respektive avdelning men man använder också sk "resurspass" vilket innebär att man lånar medarbetare inom en annan enhet i förvaltningen. Resurspass är en del av arbetet med heltid som norm, vilket är en del i arbetet mot heltidsresan enligt SKR. Arbetet innebär att antalet heltidsanställda ska öka och antalet vikarier ska minska, vilket också är ett led mot god och säker vård då man även arbetar med kontinuiteten för brukaren.

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.

Verksamhetssystem

Socialförvaltningen har investerat i ett nytt verksamhetssystem Lifecare, som är en

uppdatering av redan befintligt verksamhetssystem Procapita. I samband med detta kommer samtliga utbildas i hur systemet används för att säkerställa korrekt dokumentation från myndighetsbeslut, planering och utförande. 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 har varit pausade under pandemin har återupptagits och anordnas av anhörigkonsulenten.

Anhörigkonsulenten bedriver vanligtvis verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort stöd för anhöriga och närstående.

Man har under hösten även anordnat s.k. återhämtningscafé, vilket vänder sig till dem som lider av psykisk ohälsa eller anhöriga till någon som lider av psykisk ohälsa. Detta är ett samarbetsprojekt mellan region Skåne och kommunen.

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 2022 har två avvikelser inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada som efter utredning avslutades utan anmälan till IVO. Verksamheterna har dock arbetat vidare med de åtgärdsförslag som framkom.

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

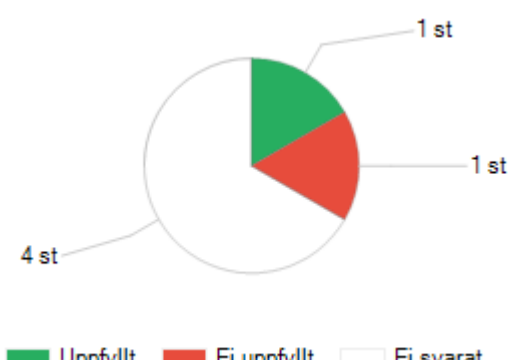
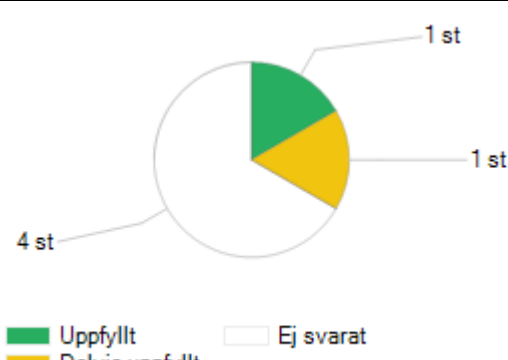
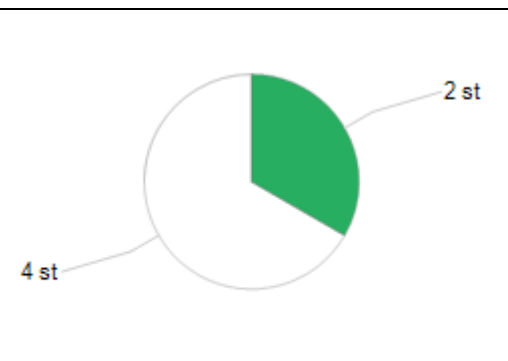
4.2.1 Loggkontroll

Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2022	Helhetsbedömning, Antal Q2 2022	Helhetsbedömning, Antal Q3 2022	Helhetsbedömning, Antal Q4 2022
Har medarbetare varit aktiv i systemet? (Läst och/eller dokumenterat)	 Uppfyllt 2 (st)	 Uppfyllt 2 (st)	 Uppfyllt 4 (st)	 Uppfyllt 3 (st)
	 Ej svarat 8 (st)	 Ej svarat 8 (st)	 Ej svarat 6 (st)	 Ej svarat 7 (st)

Fråga	Helhetsbedömning, Antal Q1 2022	Helhetsbedömning, Antal Q2 2022	Helhetsbedömning, Antal Q3 2022	Helhetsbedömning, Antal Q4 2022
Har medarbetare varit i tjänst vid aktivitet i systemet?	● Uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 8 (st)	● Uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 8 (st)	● Uppfyllt 4 (st) ■ Ej svarat 6 (st)	● Uppfyllt 3 (st) ■ Ej svarat 7 (st)
Har medarbetare skäl till läst/dokumenterad journal/akt?	● Uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 8 (st)	● Uppfyllt 2 (st) ■ Ej svarat 8 (st)	● Uppfyllt 4 (st) ■ Ej svarat 6 (st)	● Uppfyllt 3 (st) ■ Ej svarat 7 (st)

Loggkontroller utförs enligt rutin, vilket under 2022 har ägt rum vid fyra tillfällen. Inget avvikande har kunnat upptäckas.

4.2.2 PPM

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Korrekt desinfektion av händerna före	 <p>4 st 1 st 1 st</p> <p>● Uppfyllt ● Ej uppfyllt □ Ej svarat</p>	År
Korrekt desinfektion av händerna efter	 <p>4 st 1 st 1 st</p> <p>● Uppfyllt ● Delvis uppfyllt □ Ej svarat</p>	År
Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor	 <p>4 st 2 st</p> <p>● Uppfyllt □ Ej svarat</p>	År

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock	<p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>4 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>1 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej uppfyllt Ej svarat</p>	År
Korrekt arbetsdräkt	<p>2 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat</p>	År
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	<p>2 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat</p>	År

Fråga	Helhetsbedömning	Periodicitet
Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material	<p>2 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat</p>	År
Kort eller uppsatt hår	<p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat Delvis uppfyllt</p>	År
Korrekt följsamhet till klädregler (korrekt i samtliga fyra steg)	<p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>4 st</p> <p>Uppfyllt Ej svarat Delvis uppfyllt</p>	År
Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (Korrekt i samtliga åtta steg)	<p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>4 st</p> <p>Delvis uppfyllt Ej svarat Ej uppfyllt</p>	År

PPM mätningar har utförts i en del verksamheter, dock inte i alla.

PPM mätningarna görs under den perioden som SKR anger årligen. Resultaten rapporteras nationellt via ett system som hanteras av SKR, men även lokalt i kvalitetsledningssystemet. Denna lokala rapportering har inte fungerat fullt ut, vilket behöver arbetas vidare med.

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 2022 gjordes mätningarna men resultatet visade på flertalet brister.

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. När pandemin lättade kunde man dock se en återgång till sämre följsamhet till riktlinjerna.

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 finns svårigheter att få med Apoteket på dessa läkemedelsgenomgångar, men patientansvarig 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 fortsatt en del externplaceringar under 2022, främst gällande placeringar p.g.a. missbruksproblematik och inom funktionshinderverksamheten. Då Perstorps kommun inte kan erbjuda boende för dem som lider av psykisk ohälsa finns dessutom två placeringar inom detta område som kommer att löpa under lång tid.

Perstorps kommun har under året även märkt ett ökat behov av korttidsplatser samt Särskilt boende-platser. Det fanns en långtgående planering för att starta upp ett tillfälligt korttidsboende, vilket tvingades att pausas pga brandskydd som behövde ses över innan det togs i bruk. Detta har resulterat i att även vård och omsorg har behövt använda sig av externa placeringar för att verkställa beslut gällande särskilt boende, men även tillgodose behovet av korttidsboende. Samtliga 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. Om brukaren som är placerad inte följer given vårdplan eller andra problem uppstår, avslutas placeringen och annan

planering får då göras.

Socialförvaltningen har under 2022 behövt använda inhyrd personal, främst inom HSL enheten då det är fortsatt stora svårigheter att rekrytera såväl sjuksköterskor som arbetsterapeuter samt fysioterapeuter. Vi har dock inte sett några brister gällande patientsäkerheten, men inhyrd personal ställer högre krav på den ordinarie personal inom samtliga berörda verksamheter. Vi ser även ett internt problem då det gäller behörigheter i olika system då personal kommer in i verksamheten under kortare perioder. Detta behöver säkerställas så att behörigheter finns tillgängliga då medarbetaren startar sin tjänstgöring, men även att det avslutas då tjänstgöringen upphör.

4.4.1 Avvikelser

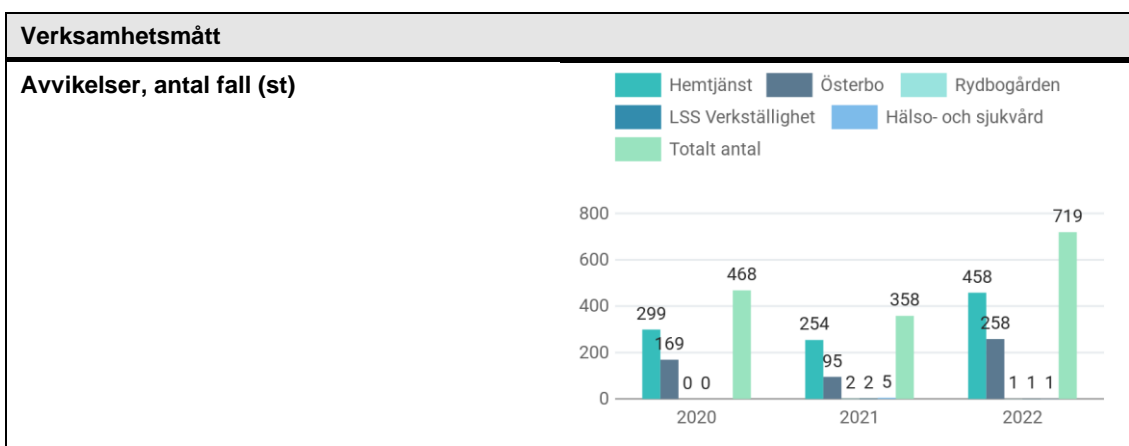
Hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal rapporterar avvikelser via avvikelssystemet i verksamhetssystemet Lifecare. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet.

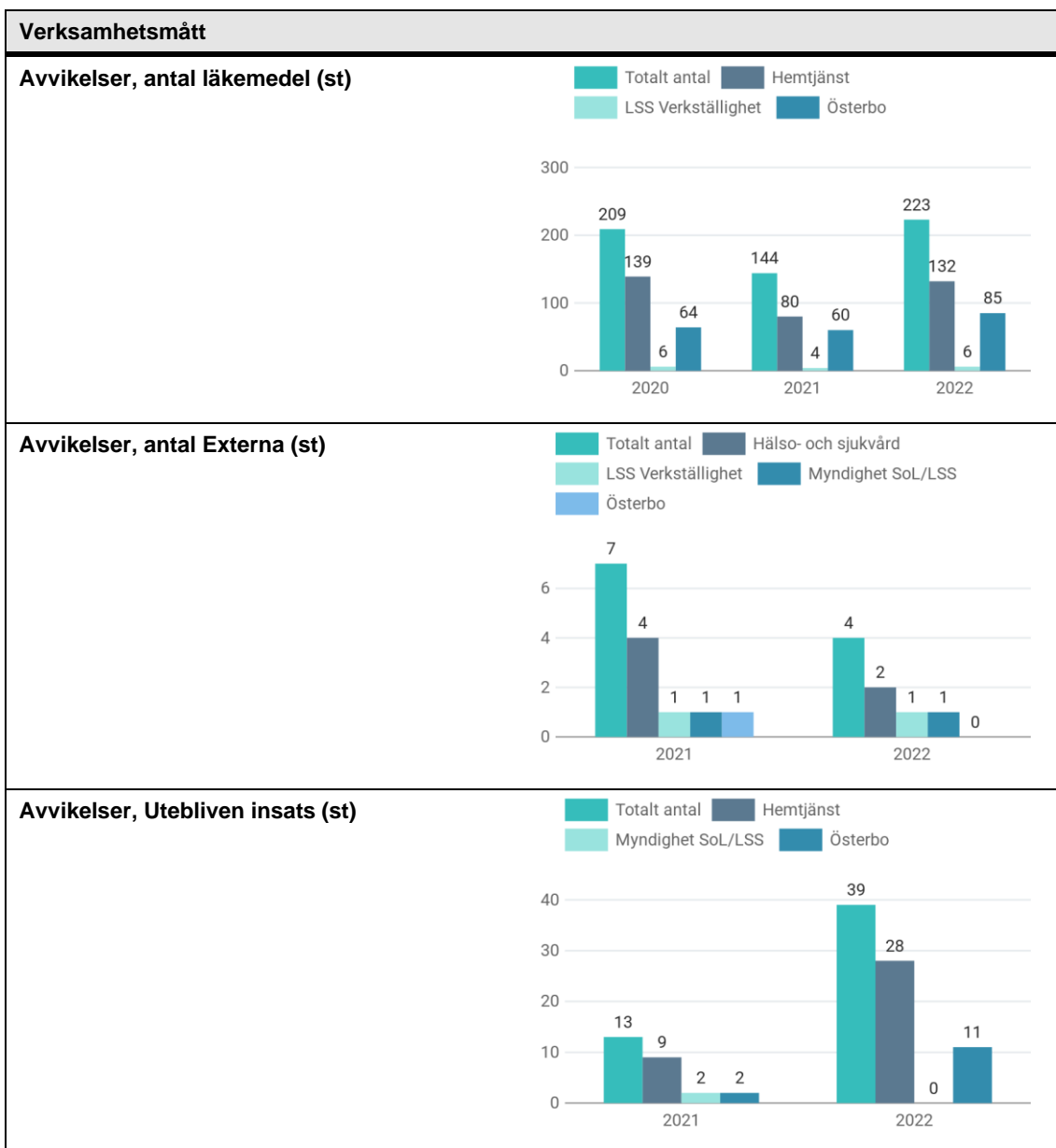
Under 2022 har det genomförts en utbildning i socialdokumentation samt i avvikelshantering. Samtliga medarbetare inom Socialförvaltningen har genomgått denna utbildning. Som ett led i detta har man även fått en utbildning i lex Sarah och lex Maria.

Avvikelser rapporteras till Socialnämnden på regelbunden basis.

Statistiken visar ett fortsatt högt antal avvikelser, främst gällande fallavvikelser. Det har inte gjorts någon analys över varför statistiken har ökat sedan tidigare år, men en förklaring kan vara att utbildningar har hållits för samtlig personal vilket gör att man uppmärksammar och rapporterar mer än tidigare. En annan förklaring kan vara att en brukare kan falla flera gånger per dag, vilket resulterar i en avvikelse vid varje fall. Denna rapportering behöver ses över samt relatera till eventuella sjukhusinläggningar samt användande av hjälpmedel.

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

Inkomna synpunkter och klagomål är viktigt för en verksamhet för att kunna identifiera brister och för att kunna arbeta med kvalitet och vidareutveckla den.

Patientnämnden Skåne har gjort analys av synpunkter på kommunal hälso- och sjukvård som har registrerats under året 2022. Upplevelser av brister kopplat till läkemedelshantering, hjälpmedel och bedömningar framkommer när patientnämnden har analyserat klagomålen. Analysen visarenligt patientnämnden att kommunerna tar synpunkterna på stort allvar och att de i många fall lett till skärpta rutiner samt bra samtal i personalgrupperna med ett stort utvecklingsfokus. Perstorps kommun har ett inrapporterat klagomål till patientnämnden under 2022.

Inspektionen för vård och omsorg har vidarebefordrat inkomna klagomål vilka främst har berört enheten för barn och familj men även myndighetsdelen då insatser inte har genomförts på ett enligt brukarens upplevelse fungerande sätt. Det har även inkommit klagomål gällande hantering av ansökta insatser som inte har hanterats inom skälig tid.

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. Samtidigt 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.

Under 2022 har det planerats för ett metodrum för intern kompetensutveckling vilken ska finnas tillgänglig för samtliga medarbetare.

Arbetet med god och nära vård har inte haft fokus under 2022, men kommer att få ett större fokus under 2023. Det finns en önskan om att börja arbeta med digitala lösningar och AI för att bli kunna säkerställa läkemedelshantering och öka självständigheten för brukare inom socialförvaltningen.

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 2022. 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 2023.

Digitala lösningar och Artificiell intelligens (AI) behöver arbetas med under 2023, främst inom vård och omsorg. Arbetet faller inom fokusområdet god och nära vård och kan beskrivas som ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.

Utbildningar

En utbildningssatsning kommer också att göras inom Socialförvaltningen i verksamhetssystemet Lifecare. Utbildningen kommer att ske inom alla enheter från myndighet, planering till utförare.

Hemtjänst

Hemtjänst kommer att införa ett arbete för trygg hemgång. Detta innebär att man kommer att skapa arbetsrundor där personal kommer att arbeta med brukare som kommer hem från sjukhuset, på ett patientnära sätt, vilket kommer att följas upp inom 14 dagar av biståndshandläggare för att få ett så korrekt biståndsbeslut som möjligt. Detta arbetssätt kommer att underlätta för patienter som har vårdats på sjukhus, men även för hela teamet då man under tidsperioden även kommer att arbeta med 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 i ordinär hemtjänst.

Det kommer även att skapas larmrundor som arbetar med att svara på larm vilket ökar kontinuiteten för patienter som är i behov av insatsen.

Undersköterska som skyddad titel

Socialförvaltningen kommer att arbeta vidare med att se över hur organisationen ska förhålla sig till att undersköterska kommer att bli en skyddad titel. Detta kan komma att innebära att delegeringar behöver ses över samt att arbetssättet kan komma att

förändras.

Arbetstidslag

Från 1 oktober 2023 gäller som huvudregel att alla medarbetare i kommuner och regioner ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod, och att arbetspass ska följas av dygnsvila. Reglerna avseende dygnsvila skärps, såväl vid planerad arbetstidsförläggning som vid oförutsedd händelse. Det tydliggörs också att en arbetstagare som har fått sin dygnsvila inskränkt har rätt till kompensande vila och i vilken omfattning.

Arbetstagaren har rätt till minst 11 timmars sammanhängande ledighet under varje 24-timmarsperiod. Undantag från den regeln får bara göras om det finns skäl för det. Reglerna syftar till att säkerställa vila och återhämtning och därigenom värna medarbetarnas arbetsmiljö. De nya reglerna ska ses över så att nya arbetsschema kan skapas som följer berörda regler. Detta kan komma att innebära att medarbetare som idag lägger schema själv, kan förändras så att ansvarig enhetschef lägger schema initialt.