



PERSTORPS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse

2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-28

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, Mia Andersson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Klagomål och synpunkter.....	16
Händelser och vårdskador	16
Riskanalys	17
Mål och strategier för kommande år	17

Sammanfattning

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

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

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

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys, har utvecklats under andra halvåret för att färdigställas under 2020. Ett arbete gällande mål och målstyrning för hela förvaltningen har arbetats med och kommer tydliggöras i samband med införandet av Stratsys.

Systematiskt kvalitetsarbete i form av en avvikelserutin och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. strategier för förebyggande åtgärder har presenterats för samtliga medarbetare inom Socialförvaltningen. Säker läkemedelshantering kontrolleras, förutom via avvikelshanteringen, även genom en granskning av Apoteket. Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras årligen i samband med den nationella undersökningen via SKR.

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

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

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den

kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och kommer att finnas med i Stratsys 2020. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren har fastställt följande vision för Perstorps kommun:

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

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

Ledningsgruppen skapar årligen en Internkontrollplan vilken för 2019 innefattade bl a avvikelserutiner samt rutin för ärendehandläggning. Tidigare loggkontroller görs regelbundet men ingår inte längre i Internkontrollplanen. Kontrollen av följsamheten till avvikelserutinen görs genom stickprovskontroller. Under 2019 granskades också ärendehandläggningen där slumpvis utvalda akter granskades utifrån innehåll och kvalitet.

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

Organisation och ansvar

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

Socialförvaltningen har en strategisk ledningsgrupp där förvaltningschef, verksamhetschef för vård och omsorg, myndighetsstrateg, ekonom, nämndsekreterare och MAS ingår. Till dessa möten adjungeras

utvecklingsstrateg och systemansvarig varannan vecka. Här beslutas om rutiner men även genomgång och granskning av riktlinjer inför beslut av socialnämnden. Patientsäkerhetsfrågor tas upp och aktualiseras därmed löpande. Inom samma förvaltning finns också en ledningsgrupp för Vård- och omsorg, samt ett myndighetsteam där samtliga områdeschefer inom vård och omsorg, enhetschefer inom IFO, samt förvaltningschef och myndighetsstrateg ingår.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samtliga enheter inom organisationen följer riktlinjer från Vårdhygien inom region Skåne gällande arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Vårdgivaren har valt att inte upprätta lokala rutiner gällande vårdrelaterade infektioner och smittspridning då vi anser att det mest korrekta och uppdaterade riktlinjerna skapas av Vårdhygien vilket också resulterar i att patientsäkerheten beaktas på ett optimalt sätt. Under 2019 har det också etablerat ett samarbete med lokalvårdarna gällande införande av smittstädning samt utbildning av omvårdnadspersonal gällande städning där hygienombud har utsetts i verksamheterna.

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.

Patientnämnden rapporterar inkomna synpunkter som ska hanteras där behov finns vilket görs av MAS som är kontaktperson till Patientnämnden. Under 2019 inkom ett ärende till Perstorps kommun som handlade om en synpunkt på utförd vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Utifrån det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet har nya former för samverkan kring patienten uppstått 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 under året så att även ambulans och Falcks läkarbil har fått tillgång till systemet.

Mina Planer ska säkerställa att patienten får den vård och det stöd som patienten behöver och säkerställa att hemgångar sker på ett sätt att patientsäkerheten aldrig äventyras. Under 2020 kommer det också skapas ytterligare en samverkansgrupp vilken benämns IHOP- a som ett komplement till Mina Planer där Hässleholms sjukhus, primärvården och kommunen kommer kunna planera vården för patienten via Skype möten. Modellen utvecklas från ett fungerande projekt som kallas Oskar som har utvecklats i Oskarshamn.

Skånes vårdområde Nordost har skapat en samverkansgrupp vilken benämns Rivö- Risker vid vårdens övergång. Samverkansgruppen innefattar Hässleholms sjukhus, Osby-, Hässleholm och Perstorps kommun.

Perstorps kommun har en överenskommelse med Primärvården i Perstorp som har inneburit att antalet SIP ar och inskrivning i mobilt vårdteam har hanterats enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. Samarbetet med vårdcentralen

fungerar utmärkt vilket innebär att samarbetet även har utvecklat mobilt vårdteam till att innefatta ett samarbete med Hässleholms sjukhus mobila vårdteam. Inriktningen gäller initialt de mest sjuka äldre.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister som t ex BPSD registret är den enskilde och närstående delaktiga i identifieringen och planering av åtgärder vid demenssjukdom.

Under 2020 kommer äldreomsorgen att införa ett kvalitetsarbete gällande palliativ vård. Tillsammans med ASIH kommer personalen att 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.

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

Varje vårdtagare som flyttar in 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 anordnas regelbundet på kommunens särskilda boenden.

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt efter rutin, såväl internt som externt och inom samtliga enheter inom Socialförvaltningen. MAS och utvecklingsstrateg har genomfört utbildning inom samtliga verksamheter gällande rutinen för avvikelser, lex Sarah och lex Maria. I samband med dessa utbildningstillfällen har det framkommit svårigheter att följa den lokala rutinen, såväl för omvårdnadspersonalen som för cheferna. Detta har resulterat att rutinen har reviderats. Följsamheten till rutinen kommer fortsätta att följas av MAS via internkontroll.

Vid fall som rör sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande görs en lex Sarah rapport av den som upptäcker missförhållandet.

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

områdeschef.

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

Klagomål och synpunkter

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

Ny lag som reglerar patientnämndernas uppdrag Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 januari 2018. 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 2019 har två ärenden inkommit och har hanterats på det sätt som patientnämnden har föreslagit.

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

Ärenden som har inkommit från IVO gällande vård- och omsorg har sammanställts och utretts av MAS och svar har sedan lämnats enligt önskemål till myndigheten. Under 2019 inkom två ärende från IVO vilket rörde sig om handläggning enligt LSS. Ett ärende gällde även en inkommen synpunkt gällande handläggares bemötande och hantering av ärende. Ärenden där MAS utreder händelsen återkopplas till Socialnämnden när det är aktuellt vilket sker fortlöpande under året.

Egenkontroll

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

Egenkontroll av basala hygienrutiner genomförs årligen i samband med SKR:s mätningar vilka äger rum mellan vecka 12-13. 2019 genomfördes mätningar på Österbo samt inom hemtjänst. Mätningarna är fortfarande för få för att uppnå ett resultat på nationell nivå.

För att säkerställa att vi arbetar på rätt sätt gällande basala hygienrutiner har det även genomförts en hygienrund på Österbo. Denna gjordes tillsammans med personal från Vårdhygien region Skåne. I samband med detta har man påbörjat ett arbete med hygienombud inom samtliga verksamheter där det även ingår ett samarbete med enheten för lokalvårdarna då fokus ligger på att städa rätt samt smittstäd. Utbildningar i detta för omvårdnadspersonal kommer att genomföras under 2020.

Socialförvaltningen har ett upprättat avtal med Apoteket AB som på uppdrag av MAS genomför en översyn av läkemedelshanteringen. Översynen/kontrollen genomfördes våren 2019 på Österbo och Ybbåsen.

Det var första gången denna form av egenkontroll genomfördes sedan 2015. Under 2020 har en granskning gjorts i hemtjänst och hemsjukvården.

Loggkontroller utförs enligt rutin för att kontrollera att information

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

Under 2019 gjordes även egenkontroll på avvikelser i form av statistik och kontroll av dokumentation i avvikelser. Denna egenkontroll finns även med i planen för internkontroll.

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

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

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

Specifik omvårdnad vid demenssjukdom

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

För att vårdtagaren ska registreras i BPSD registret krävs en demenssjukdom och att kommunen har HSL ansvar. Om det inte finns någon

demensdiagnos ska utredning initieras till ansvarig läkare. Alla med en demenssjukdom har enligt nationella riktlinjer rätt till att få sina BPSD symtom bedömda minst en gång/ år.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör en sammanställning av de avvikelser som skett vid två tillfällen under året. Avvikelserutinen har uppdaterats under året. Följsamheten till denna har dock varit dålig vilket har visat sig i form av uteblivna åtgärdsförslag och återrapportering till medarbetarna. En stor förbättring kan man se gällande fallavvikelserna där rehabpersonal alltid är orsaksutredare. Antalet fallavvikelser har inte minskat men utredningarna kring varje fall har förbättrats avsevärt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ska hantera inkomna synpunkter på vården och utreder och anmäler till IVO enligt Lex Maria. MAS kan även utreda inkomna lex Sarah rapporter enligt uppdaterad rutin om MAS utses som orsaksutredare.

Under 2019 har ingen anmälan gjorts enligt Lex Maria. Fem ärenden enligt lex Sarah har utretts, dock har ingen skickats vidare till IVO.

Basala hygienrutiner

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

Läkemedelshantering

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

Läkemedelsgenomgång

Alla brukare där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är 75 år och äldre, med minst fem läkemedel, ska erbjudas en läkemedelsgenomgång varje år. Vid läkemedelsgenomgången samverkar ansvarig läkare inom Primärvården, apotekare och sjuksköterska från kommunen. En symtomskattning görs för att sedan analysera den tillsammans med ordinerade läkemedel och planera ev. justeringar, förändringar eller utsättningar av olämpliga läkemedel. Under 2019 har det gjorts läkemedelsgenomgångar i stor omfattning mellan sjuksköterska och läkare, dock har apotekare inte närvarit i samma utsträckning.

Inskrivning i kommunal hemsjukvård

I samband med att man skrivs in i kommunalhemsjukvård har ett tätt samarbete med Vårdcentralen i Perstorp gjort det möjligt att samtliga erbjuds ett sk inskrivningsstatus i samband med det, då det tas blodprover och görs kontroller på var och en som sedan dokumenteras och används som utgångsvärde vid all vård och omvårdnad av den enskilde.

Samverkan vid utskrivning

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

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

IHOP-a

Det har under 2019 initierats ett samarbete mellan Hässleholms sjukhus, Hässleholms-, Osbys- och Perstorps kommun samt ASIH, som ska utmynna i ett projekt som kallas IHOP-a. Detta bygger på ett projekt som startats i Oskarshamn och kallas där projekt Oskar. Detta samarbete ska vis Skypemöte komplettera systemet Mina Planer och effektivisera mötet kring inneliggande patienter där det också kommer finnas en vinst enligt HUT perspektivet då det förutom en tydlig kommunikation kommer resultera i mindre resor för inneliggande planeringsmöten över tid.

Dokumentation

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket 3 HSF för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i PDL. Detta är dock inte MAS ansvar ensamt. Vårdgivaren ansvarar exempelvis för att genom det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ska finnas säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet.

Riskanalys

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

Vårdgivaren har sedan 2018 en rutin för riskbedömning i brukarens hem. Rutinen gör gällande att personal informerar brukaren om att man rutinmässigt utför riskbedömningar av arbetsmiljön i den enskildes hem. Vid riskbedömningen används checklista för riskbedömning. Riskbedömningen utförs på uppdrag av områdeschef, utförandet kan göras av kontaktman eller annan vårdpersonal vid första mötet. Vid förändringar görs ny riskbedömning. Bedömningen görs enligt följande:

Risk

Inga risker Bedömning överlämnas till områdeschef

Ej allvarliga risker Bedömning överlämnas till områdeschef som informerar skyddsombud

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

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

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

I rutinen för avvikelser ingår en bedömning av avvikelserna enligt socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys. Arbetsgivaren kommer under 2020 arbeta fram en rutin för fortsatt arbete med avvikelserna beroende på vad analysen visar.

Utredning av händelser - vårdskador

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

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en vårdtagare drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Vid varje inkommen avvikelse gällande vårdskada eller risk för vårdskada ska en utredning göras enligt rutin för avvikelser. Vid vårdskada eller risk för vårdskada ska MAS alltid utreda händelsen. Om MAS i sin utredning kommer fram till att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarligt vårdskada ska MAS snarast anmäla detta till IVO i form av en lex Maria-anmälan.

Under 2019 har ingen avvikelse inkommit gällande vårdskada eller risk för vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

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

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

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

3. Under 2018 uppdaterades rutinen för loggkontroll och följsamheten till rutinen har fortsatt fallit väl ut.
4. Redovisning av antalet genomförda kontroller av journalloggar sker vid årets slut. Redovisningen sker av respektive områdeschef i samband med bokslut.
5. Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring följs enligt samma rutin men granskas även av Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta sker oftast vid utredningstillfällen som t ex avvikelser eller inkomna synpunkter. Under 2020 kommer det arbetas fram en granskningsmodell för kollegial granskning samt en utbildning för samtlig omvårdnadspersonal hur man söker texter i verksamhetssystemet samt möjliggöra för en utveckling av dokumentationen.

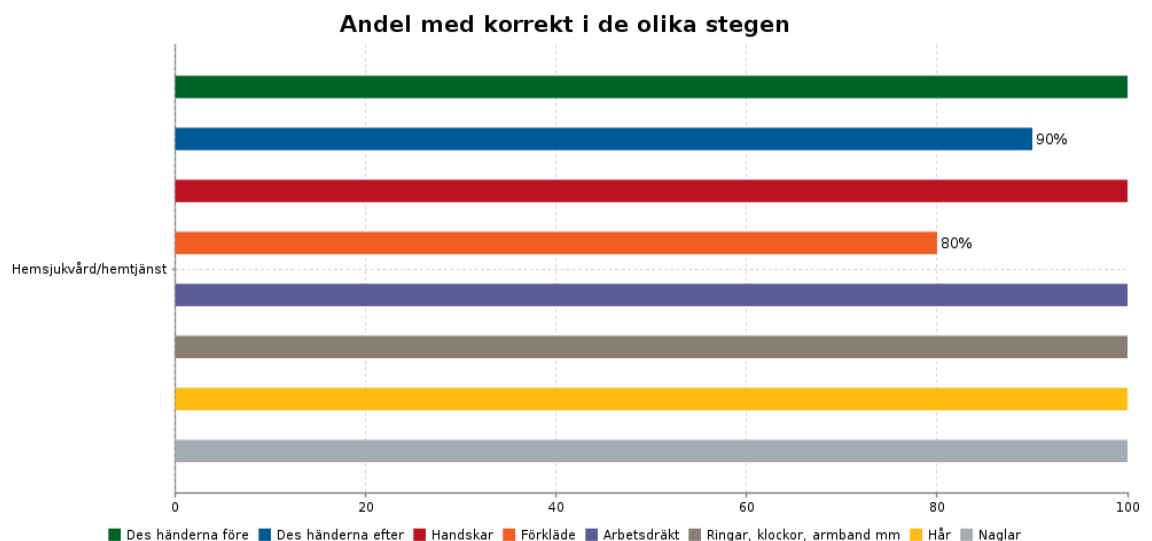
RESULTAT OCH ANALYS

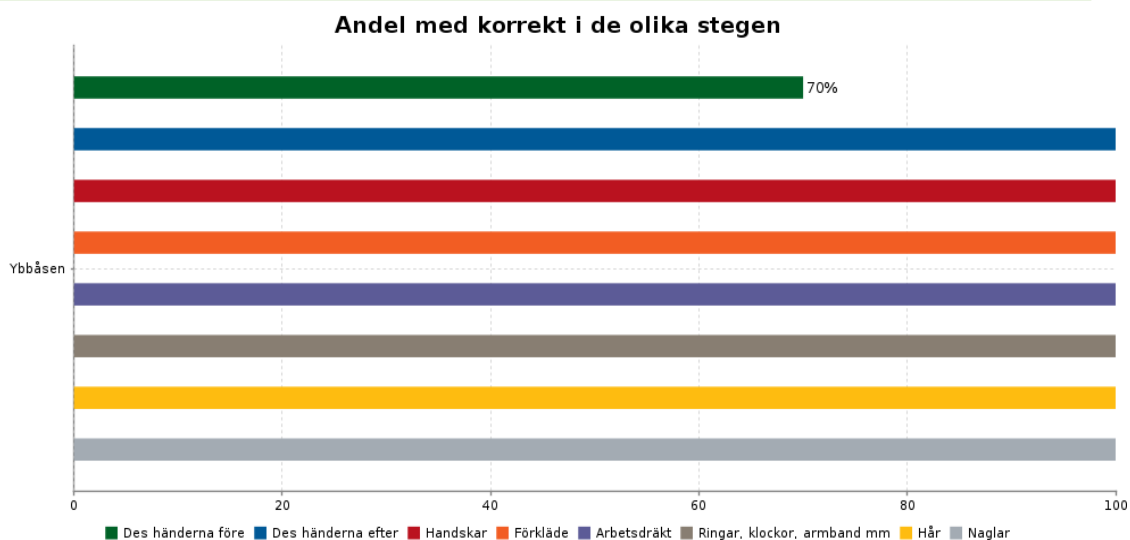
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Egenkontroll av basala hygienrutiner genomfördes i samband med SKR: s nationella mätning. Mätningarna ska utföras inom samtliga verksamheter dock finns bara redovisat resultat från hemtjänst/hemsjukvård samt Ybbåsen.

Resultaten redovisas nedan.





Resultatet av mätningen visar på god följsamhet till basala hygienrutiner. För att utveckla kunskaperna inom området har det även utförts en hygienrond på Österbo. Hygienrond utförs tillsammans med hygiensköterskor från Vårdhygien från region skåne, områdeschef, Sjuksköterska. Omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt MAS. Detta ses som ett komplement till SKR:s mätningar. Resultatet följs sedan upp av områdeschef. Ett förslag som förvaltningen arbetar på är att utbilda omvårdnadspersonal i städrutiner framförallt när det gäller det som kallas smittstäd. Detta görs tillsammans med kommunens enhet för lokalvård och samtliga verksamheter har utsett ett hygienombud.

Perstorps kommun upprättade ett nytt avtal med Apoteket AB hösten 2018, som innebär att man genomför en översyn av läkemedelshanteringen tillsammans med en farmaceut från Apoteket. Granskning har utförts inom hemtjänst/ hemsjukvård som har påvisat en del brister. Det har också påvisat att man i verksamheten har dålig kännedom om befintliga rutiner som är publicerade på intranätet. Översyn tillsammans med Apoteket AB kommer att ske årligen och då i olika verksamheter inom Socialförvaltningen.

Säkerhetskontroller via loggning har fortsatt uppvisat ett gott resultat under året. Rutinen för loggkontroller visar på god följsamhet.

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Basala hygienrutiner	Mätning enligt SKR	Verksamheterna deltar i mätningen	Fortsatt för få mätningar för att uppnå resultat på nationell nivå	Svårigheter att genomföra mätningar inom samtliga verksamheter pga okunskap i flera led

Granskning av läkemedelshanteringen	Översyn tillsammans med Apoteket AB	Nytt avtal upprättades 2018..	Resultatet visar på en rad brister inom granskad verksamhet. Åtgärderna ska åtgärdas av områdeschef och följas upp av MAS.	Bristande följsamhet till läkemedelsrutin då man inte ens har kännedom att det finns en rutin publicerad för detta
Loggkontroller	Loggkontroll enligt rutin	Genomförda loggkontroller enligt befintlig rutin	Resultatet har utmynnat i att man tidigt uppmärksammar loggar som ej är korrekta. Dock har man fått se över behörighet då omvårdnadspersonal arbetar på flera arbetsplatser inom förvaltningen.	Rutinen fungerar väl och uppmärksammar felet i systemet och uppbyggnaden för att kunna åtgärda detta.

Avvikelser

Avvikelserna inom vård- och omsorg under perioden 2019 redovisas nedan. Den sammanlagda mängden avvikelser är:

- Avvikelser läkemedel 258 st
- Avvikelser fall 460 st
- Avvikelser övriga händelser 82 st

Mängden avvikelser ser ut enligt nedan tabell för första halvåret:

Österbo: - Avvikelser läkemedel: 21 st
 - Avvikelser fall: 35 st
 - Avvikelser övriga händelser: 2 st

Ybbåsen: - Avvikelser läkemedel: 13 st
 - Avvikelser fall: 21 st
 - Avvikelser övriga händelser: 4 st

Hemtjänst: - Avvikelser läkemedel: 54 st
 - Avvikelser fall: 128 st
 - Avvikelser övriga händelser: 22 st

LSS/ Socialpsykiatri: - Avvikelser läkemedel: 2 st
 - Avvikelser fall: 0 st
 - Avvikelser övriga händelser: 3 st

IFO har en registrerad avvikelse under perioden.

Syftet med kontrollen är inte att få antalet avvikelser att minska då det är ett mått på kvaliteten i verksamheterna. Bristerna vi har sett vid tidigare granskningar är förslag på åtgärder samt uppföljning av dessa.

Fallavvikelser i hemtjänst

Fallavvikelserna i hemtjänst har granskats där avvikelserna har valts ut slumpmässigt. De avvikelser som har granskats har gällt fall i hemmet där brukaren själv har larmat. Dessa har samtliga inträffat i samband med en förflyttning. I ett av fallen har en larmmatta aktiverats där brukaren hade kasat av sängen.

Läkemedelsavvikelser i hemtjänst

Läkemedelsavvikelserna i hemtjänst har granskats på samma vis som fallavvikelserna dvs de har valts ut slumpmässigt. Avvikelserna visar i flera fall på dålig följsamhet till befintlig läkemedelsrutin. Anledningarna till avvikelserna är uteblivna doser, doser som har missats att signeras på avsedd signeringslista. Man har även missat att ge läkemedel som är delade i dosett där man överlämnat läkemedel från dospåse. I dessa fall, där det är aktuellt med både dosett och dospåsar är det markerat på läkemedelslistan för att undvika uteblivna doser. Man skulle kunna misstänka då att omvårdnadspersonalen inte kontrollerar läkemedelslistan vid överlämnandet av läkemedel. Ett fall överensstämde inte antalet läkemedel i dosett med aktuell läkemedelslista. I detta fall var felet en feldelning av sjuksköterskan. Detta visar dock på en god följsamhet till rutinen av omvårdnadspersonalen

Klagomål och synpunkter

Under föregående år inkom två klagomål från Patientnämnden i Skåne. Ärendena avslutades utan åtgärd då det inte krävdes i något av fallen. Synpunkter från IVO har inkommit på myndighetssidan gällande LSS-handläggares. Synpunkten gällde handläggningstid för enskild brukare. I samtliga fall ser förvaltningen dessa klagomål/ synpunkter som en förbättringsåtgärd och en utveckling i kvalitetsarbetet.

Händelser och vårdskador

Under 2019 har inga vårdskador rapporterats.

Händelser som har utretts har varit inkomna lex Sarah rapporter i den egna verksamheten. Syftet med rapporterna har varit att tydliggöra bristande rutiner men också varit ett tillfälle för MAS att se över hur det patientnära arbetet möjliggörs utifrån patientsäkerhetssynpunkt.

Samtal har förts med hela personalgrupper kring händelserna som har visat på förståelse för varandra men också en möjlighet att diskutera rutiner och hur efterlevnaden av dessa är.

Under året har MAS och utvecklingsstrateg utbildat personal inom IFO, hemtjänst, Ybbåsen, Österbo, Bokeliden, Snickaregatan, DV, Boendestödet samt personal på PDV gällande avvikelser, rutinen för dessa samt vad som gäller kring lex Sarah och lex Maria. Detta ska genomföras två gånger per år och ska fortsättningsvis göras av respektive områdeschef.

Risikanalyt

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

Mål och strategier för kommande år

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

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

Under 2019 har Perstorps kommun infört ett kvalitetsledningssystem – Stratsys. Detta system kommer att användas kommunövergripande där samtliga nämnders mål kommer att vara en grund för respektive förvaltning. Inom socialförvaltningen kommer samtliga verksamheter att skapa sin egen verksamhetsplan, egna indikatorer, aktiviteter och därtill utformade mål som bygger på nämndens mål. Detta kommer att tas fram tillsammans med varje verksamhets medarbetare och arbetas med på respektive APT. I systemet kommer varje verksamhet utföra och rapportera egenkontroller som sedan bla MAS kommer att kunna följa och sammanställa t ex i samband med upprättande av patientsäkerhetsberättelsen.

Socialförvaltningen kommer tillsammans med Osby-, Hässleholms kommun, primärvården, ASIH och Hässleholms sjukhus arbeta fram ett system som ett komplement till det gemensamma planeringsverktyget Mina Planer och en utveckling av HS- avtalet. Projektet benämns IHOP-a och är ett samverkansforum för att via Skype kunna genomföra planeringsmöten för de patienter som vårdas på Hässleholms sjukhus och är inskrivna i det som benämns mobilt vårdteam. Projektet följs av andra aktörer då det kan ge ett positivt resultat både gällande planeringen för patienterna och samarbetet kring dessa. Dessutom kommer det ha en gynnsam effekt på miljön då det kommer innebära färre planeringsmöten och mindre resor.