



# Patientsäkerhetsberättelse för Riggargatan År 2022



Datum: 2023-02-13

Ansvarig för innehållet: Rina Karlsson

## Inledning

Ansvar och Omsorg (A&O) har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Några av verksamheterna har en speciell inriktning mot demens. Inom några av verksamheterna förekommer även korttidsplaceringar vid behov av fortsatt rehabilitering, vård och omsorg inför hemgång efter inläggande sjukhusvård. A&O bedriver verksamheter runt om i Sverige med ansvar för 1446 upphandlade platser för särskilt boende, fördelat över 25 enheter.



Verksamhetsbeskrivning Riggargatan är ett äldreboende med 48 lägenheter fördelade på två våningar och fyra avdelningar. Verksamheten öppnade 2010 och huset är ljust och välplanerat med ett gemensamt kök och vardagsrum som naturlig samlingspunkt på varje avdelning. Den övre våningen har stora balkonger i anslutning till vardagsrummet medan nedre våningen har altaner ut mot innergården. På innergården finns en fin trädgård med buskar, blommor och träd samt anlagd asfalterad gångväg. Gemensamt i huset intill entrén finns ett gemensamt samlingsrum som kan användas till större arrangemang eller lånas för privata tillställningar. Verksamheten har även ett eget tillagningskök som inte används i dagsläge. Verksamheten är belägen i den växande stadsdelen Brandholmen strax utanför centrala Nyköping med närhet till promenadstråk längs vatten och natursköna områden. Det finns även goda buskommunikationer till centrum i nära anslutning till äldreboendet.

## Innehåll1

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| Inledning.....                                       | 2  |
| SAMMANFATTNING .....                                 | 5  |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....   | 6  |
| Engagerad ledning och tydlig styrning .....          | 6  |
| Övergripande mål och strategier .....                | 6  |
| .....                                                | 7  |
| Organisation och ansvar.....                         | 7  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador.....          | 9  |
| Informationssäkerhet.....                            | 9  |
| En god säkerhetskultur.....                          | 10 |
| Adekvat kunskap och kompetens .....                  | 10 |
| Patienten som medskapare .....                       | 10 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....                            | 11 |
| Egenkontroll .....                                   | 11 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador .....           | 14 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer .....  | 14 |
| Tillförlitliga är arbetsprocesser och system .....   | 15 |
| Säker vård här och nu.....                           | 15 |
| Riskhantering.....                                   | 15 |
| Stärka analys, lärande och utveckling .....          | 16 |
| Avvikelse .....                                      | 16 |
| Klagomål och synpunkter .....                        | 17 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap .....              | 17 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR ..... | 17 |

555

### GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD6

Engagerad ledning och tydlig styrning6

Övergripande mål och strategier6

Organisation och ansvar7

Samverkan för att förebygga vårdskador9

Informationssäkerhet9

StrålskyddFel! Bokmärket är inte definierat.

En god säkerhetskultur10

Patienten som medskapare10

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD11

Öka kunskap om inträffade vårdskador**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Tillförlitliga och säkrasystem och processer15

Säker vård här och nu15

Riskhantering15

Stärka analys, lärande och utveckling16

Avvikelser**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Klagomål och synpunkter17

Öka riskmedvetenhet och beredskap17

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR17

Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

## **SAMMANFATTNING**

Den sammanfattande bedömningen är att vi håller en trygg och säker vård med hög kvalitet. Kvalitetsledningssystemet är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitetsledningssystemet Stratsys kombinerat med företagets eget verksamhetsstöd ligger till grund för att systematisera uppföljningar och tillgängliggöra rutiner och riktlinjer för så väl ledning som medarbetare.

Kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner.

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- ✚ Fortsatt förbättringsarbete med dokumentation i HSL och SOL
- ✚ Möten med ombud, uppföljning, åtgärd
- ✚ Avvikelsehantering utredning, åtgärd
- ✚ Registrering i kvalitetsregister, uppföljning, åtgärd
- ✚ Analys av synpunkter och klagomål
- ✚ Ökad kompetens hos omvårdnadspersonal [OVP] ( ex all personal har fått möjlighet att träna på att ta parametrar)

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka kvalitén i verksamheten**

- ✚ Protokollförda möten varje månad
- ✚ Kvalitetsråd varje månad
- ✚ Avvikelsehantering
- ✚ Övergripande möten samt ombudsmöten
- ✚ En dokumentations station extra för att lättare kunna dokumentera.
- ✚ Inkontinens utredning
- ✚ Tidig upptäckt av risk för fall, och trycksår

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Riggargatan förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetsätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har Riggargatan brutit ner följande verksamhetsmål.

Tabell 1. Översikt mål

| Nationell vision och mål                                                                                                                            | Övergripande mål för A&O                                                                                                                                                                                                                        | Riggargatan mål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ God och säker vård överallt och alltid</li> <li>✚ Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ God patientsäkerhetskultur i vården</li> <li>✚ Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg</li> <li>✚ Rätt kompetens vid rätt tillfälle</li> <li>✚ Säkra system och register</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ förbättra dokumentation</li> <li>✚ introduktion av nya medarbetare ska hålla en hög nivå</li> <li>✚ Kvalitets möten</li> <li>✚ Vårdplaner</li> <li>✚ Registreringar</li> <li>✚ Genomförandeplaner</li> <li>✚ Boenderåd</li> <li>✚ Aktiviteter</li> <li>✚ Procapita</li> <li>✚ Larm</li> <li>✚ Stratsys</li> <li>✚ Verksamhetsstödet</li> </ul> |

## Organisation och ansvar

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

**VD** har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

**Områdeschef (OC)** ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

**Verksamhetschef (VC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och

rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

**Enhetschef (EC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. EC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till VC.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** består av en sjuksköterska, paramedicinska tjänster köps av Nyköpingskommun. Hälsa och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

**Omvårdnadspersonal** ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

**Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

### **Läkarkontakt**

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Ekensberg där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

**Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare** Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare. Verksamheten har kontinuerlig kontakt med samtliga, beroende på vad som avses. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Kvalitetsansvarig för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

**Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar** Vårdhygien Södermanland har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas då det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att extra stöd behövs. När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder sig verksamheten till kommunens och regionens hygiensjuksköterska som har det som ansvarsområde. Vid behov kan även andra stödfunktioner nyttjas såsom Chefläkare, STAMA, Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet samt Patientnämnd. Då Ansvar och



Omsorg har vissa av dessa funktioner internt tas inte alltid extern kontakt om inte behov eller laga krav finns.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

För att undvika vårdskador arbetar Riggargatan aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitets utvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget. En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är den dagliga närvaron av sjuksköterska samt chef där rapport och avstämningar görs både muntligt och skriftligt.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser med Exempel

- ✚ Primvårdsansvar, läkarinsatser
- ✚ Munvård, munhälsobedömningar och uppsökande tandvård
- ✚ Medicinsk fotvård,
- ✚ Regionen, överrapportering vid inflyttning
- ✚ Avtal jourverksamhet
- ✚ Hälsokonferenser
- ✚ skils överrapportering och samarbete med regionala
- ✚ Vaccinationer

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom enheten förekommer följande systemstöd, Procapita för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Svensk E-identitet för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Övergripande företagsrutiner/kommundirektiv finns för egenkontroller, loggning angående dataintrång i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister.

## En god säkerhetskultur

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

I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Riggargatan med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder.



Vi arbetar aktivt med arbetsmiljön genom att identifiera risker och använda de checklistor och system som finns för att hjälpa oss i vardagen.

På arbetsplatsträffar tas arbetsmiljön upp som en stående punkt.

Vi har under året reflekterat över patientsäkerhet med omvårdnadspersonal mer frekvent.

## Adekvat kunskap och kompetens

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

Riggargatan arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetsätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. Vid anställning är det viktigt att introduktionen blir god, det gör vi genom att använda checklista så vi kan säkerställa att rätt information går fram.

Kompetensutveckling har vi under året haft av sjuksköterska som i grupp och enskilt gått igenom parametrar, flera har varit med vid kateterbyte för att öka sin kompetens.

Vi planerar att en undersköterska från varje avdelning ska vara med på läkarrond i syfte att öka kompetensen för medarbetarna.

Vi har under året behövt rekrytera sjuksköterskor i flera omgångar, vilket medfört att vi inte kunnat arbeta framåt i samma utsträckning som 2021.



## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheten erbjuder alltid nya boende ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Ibland närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för boende och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad.



Sjuksköterska och omvårdnadspersonal tar alltid kontakt med närstående vid behov om

boende önskar det. Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boende och närståendes delaktighet är:

- ✚ Boenderåd som hålls 4ggr/år där omvårdnadspersonal, aktivitetsansvarig och Enhetschef är närvarande. Vi reflekterar om maten, städning, aktiviteter och övrigt mycket fokus läggs på maten medan aktiviteter och städning inte tar någon tid i anspråk.
- ✚ Brukarundersökning som går ut nationellt från Socialstyrelsen 1gg/år.
- ✚ Vi erbjuder anhörigräffar
- ✚ Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov

Vid brytpunktsbedömningar välkomnas anhöriga att delta för information och vårdplaner samt förväntningar på fortsatt vård. Det gäller även vid avvikelshantering.

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt för boende och närstående, både på boendet samt digitalt.

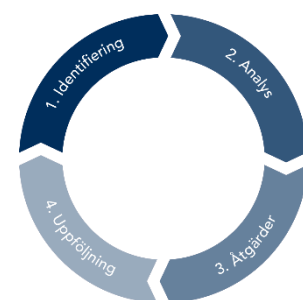
## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Riggargatan tillämnar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och åiterrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till aktuell beställare



## Egenkontroll

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

Tabell 2. Översikt för övergripande egenkontroller




| Egenkontroll                     | Omfattning                          | Källa                                        |
|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| Avvikelser                       | Löpande                             | Avvikelsehanteringssystem<br>Kvalitetsråd    |
| Klagomål och synpunkter          | Löpande                             | Avvikelsehanteringssystem<br>Verksamhetsstöd |
| Rapportering i kvalitetsregister | Vi ligger efter<br>med rapportering | SeniorAlert<br>BPSD                          |

|                                                            |                                                                |                                     |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                            | i kvalitetsregister.                                           | Palliativa registret                |
| <b>Kontroll av narkotikaklassade läkemedel</b>             | 1 gång per månad                                               | Narkotika journaler och följesedlar |
| <b>Läkemedelsgenomgång</b>                                 | Löpande                                                        | Journalgranskning                   |
| <b>Vårdrelaterade infektioner</b>                          | Löpande                                                        | PPM-databasen/ Protokoll            |
| <b>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler</b> | 6 gånger per år<br>2 gånger år                                 | Protokoll<br>PPM                    |
| <b>Hygienronder</b>                                        | 2 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Inkontinens ombudsmöte</b>                              | 3 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Dokumentations ombudsmöten</b>                          | 3 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Palliativa ombudsmöten</b>                              | 3 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Kost ombudsmöten</b>                                    | 3 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Trycksår</b>                                            | Inget 2022<br>inrapporterat                                    | SeniorAlert/PPM                     |
| <b>Nattfastemätning</b>                                    | 2 gånger per år                                                | Protokoll                           |
| <b>Kvalitetsråd</b>                                        | 1 gång per månad                                               | Protokoll                           |
| <b>Kontroll medicintekniska produkter</b>                  | 1 gång per år                                                  | Protokoll                           |
| <b>Journalgranskning</b>                                   | 2 gånger per år<br>Plan finns för<br>förbättringsarbete.<br>e. | Protokoll                           |

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

### Rapportering i kvalitetsregister

Riggargatan har inte uppnått sina egna mål i relation till registrering i aktuella kvalitetsregister

-  Palliativa registrering
-  SeniorAlert
-  Palliativaregistret

## **Analys**

Resultaten visar på bristande kontinuitet och arbetssätt som främjar att uppgifter registreras. I flera genomförda utredningar identifierades bristande individuella riskbedömningar som en bidragande orsak till det inträffade. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i så väl SeniorAlert varför det bedöms krävas övergripande åtgärder.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara förändrade arbetssätt, arbetsbelastning som den pågående pandemi har medfört. En annan orsak kan även var personalomsättning som medfört att kompetens och behörigheter behöver uppdateras.

Åtgärder som planeras är

- Översyn av behörigheter på enheten.
- Tätare uppföljning av KU
- Rekrytering av sjuksköterska

## **Uppföljning**

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023 på både lokal och företagsövergripande nivå.

## 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.

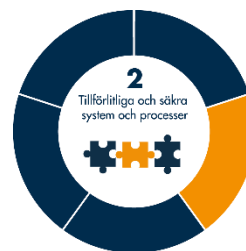
I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

| Allvarlighetsgrad, definition                                                | Omvårdnad                      | Läkemedel                     | Fall                            | Klagomål och synpunkter |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| <b>1 Mindre</b><br>obehag eller obetydlig skada                              | VC/ HSL-ansvarig<br>(Leg. SSK) | VC/HSL-ansvarig<br>(Leg. SSK) | VC/MAR-ansvarig<br>(Leg. AT/FT) | VC                      |
| <b>2 Måttlig</b><br>Övergående funktionsnedsättning                          | VC/ HSL-ansvarig<br>(Leg. SSK) | VC/HSL-ansvarig<br>(Leg. SSK) | VC/MAR-ansvarig<br>(Leg. AT/FT) | VC                      |
| <b>3 Betydande</b><br>Bestående, måttlig funktionsnedsättning                | KU,<br>MAS/MAR                 | KU,<br>MAS/MAR                | KU,<br>MAS/MAR                  | KU,<br>MAS/MAR          |
| <b>4 Katastrof</b><br>Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning | KU,<br>MAS /MAR                | KU,<br>MAS/MAR                | KU,<br>MAS/MAR                  | KU,<br>MAS/MAR          |

## Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på Riggargatan



### Tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Verksamheten utreder alla händelser och avvikelser i mer eller mindre beroende på allvarlighetsgraden. Under 2022 har en Lex Maria anmälts av mindre allvarlighetsgrad, åtgärder och lärdomar som uppstod vid hantering av anmälan är av betydelse för avdelningens fortsatta arbete. Vi har arbetat med åtgärder som förhindrar att det upprepas igen.

En allvarlig avvikelse har under året uppmärksammats, då stora mängder narkotikaklassade preparat stulits. Händelsen har utretts på lokal nivå, polisanmälan har gjorts samt att avvikelsen har gått till IVO.

Patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året har haft extra focus på att skydda boenden och medarbetare mot smitta.

Vi har inga trycksår under 2022 att rapportera in, vi arbetar förebyggande tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt paramedicin där identifiering sker och åtgärd sätts in i tidigt stadium.

## Säker vård här och nu

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







Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning. Både i till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.

### Riskhantering

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

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

-  Smitta och smittspridning
-  Följsamhet till basala hygienregler
-  Kompetensförsörjning vid manfall
-  Läkemedelsavvikelser

- ✚ Dokumentationsbrister
- ✚ SBA arbete
- ✚ SAM arbete
- ✚ Nutrition
- ✚ Fallrisk
- ✚ Hot och våld

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd Procapita.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

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

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

| Avvikelser upprättat inom verksamheten                  | Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare     | Antal utredningar med bedömning om vårdskada | Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 147 totalt varav<br>71 fall<br>69 läkemedels avvikelser | 1 narkotika klassade preparat<br>misstänkt stöld | 0                                            | 1                                                                    |



Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhets- och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar, kvalitetsråd och även i det dagliga arbetet.

### Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret *Hjälp oss bli bättre*. Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

| Avvikelse upprättad inom verksamheten | Avvikelse över lämnad från annan vårdgivare | Antal utredningar med bedömning om vårdskada | Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 5                                     | 0                                           |                                              | 0                                                                    |

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Riggargatan under 2022 har fokuserats på att stärka personalgrupperna att ta parametrar så man känner sig säker i sin roll som undersköterska. Vi har även stärkt personalen i hot och våldsbeteenden, här kan vi se en skillnad sedan året innan.

Vi har även fortsatt arbetet med genomförande planer och dokumentation vilket har blivit bättre under 2022 främst genom att ordinarie personal har fått hjälp av spjutspetsar inom dokumentation.



### MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- ✚ Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister
- ✚ Uppföljning av smittspridning inom verksamheten
- ✚ Utvecklingsprocessen för interna löpande kvalitetsuppföljningar
- ✚ Översyn kompetensförsörjning

