

# Patientsäkerhetsberättelse för

Socialpsykiatrins särskilda boende  
Kyrkogatans gruppboende och Triangelns  
profilboende

**År 2022**



Datum 2023-02-22

Ansvarig för innehållet: Marie Aggesund- Karlsson, Verksamhetschef enligt  
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
<i>Intern samverkan</i> .....	7
<i>Extern samverkan</i> .....	7
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	10
Säker vård här och nu.....	10
Riskhantering.....	10
Stärka analys, lärande och utveckling .....	11
Avvikelse .....	12
Klagomål och synpunkter .....	12
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	13



## SAMMANFATTNING

- *Mål*

Alla patienter erbjuds en god och säker hälso- och sjukvård för att undvika vårdskador.

- *De viktigaste åtgärderna som vidtagits*

Alla patienter 65 år eller äldre erbjuds riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.

All personal, inklusive chef och sjuksköterskor arbetar enligt Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg och genomgår deras webbaserade utbildning minst en gång per år.

All personal rapporterar händelser/avvikelser som inträffat i verksamheten och som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Avvikelsen registreras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

- *De viktigaste resultaten som uppnåtts*

Ingen konstaterad undernäring och inga trycksår är uppkomna.

All personal, inklusive chef och sjuksköterska har genomgått Webbutbildning i basala hygienrutiner och klädregler och arbetar därefter.

Ingen patient har drabbats av covid-19. Ingen spridning av utbrottbenägna infektioner har skett.

### *Framåtblick 2023*

Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.

För att förebygga vårdskador samverkar verksamhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska regelbundet.

Hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till ökad patientsäkerhet genom att rapportera händelser till ansvarig chef.

Avvikelser dokumenteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Avvikelser behandlas på APT.

All personal, inklusive chef och sjuksköterska genomgår Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg och genomgår deras webbaserade utbildning minst en gång per år och arbetar därefter.

Folkhälsomyndighetens, regionens och stadens rekommendationer gällande covid-19 följs.

Rutin för egenkontroller ska förbättras ytterligare.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid”;

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

### Engagerad ledning och tydlig styrning

#### Övergripande mål och strategier

Enheten har som övergripande mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.



#### Strategier för att nå en patientsäker vård:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Läkemedelshandlingen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

#### Prioriterade mål 2023

1. Alla patienter över 65 år erbjuds riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.

## **Organisation och ansvar**

*Stadsdelsnämnden* har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

*Verksamhetschef* enligt 4 kap. 2 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS*, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

*Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet

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

#### *Intern samverkan*

Hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har teammöten varannan vecka för uppföljning utifrån varje enskild vårdtagares behov.

Verksamhetschef och sjuksköterska samverkar för att identifiera riskområden.

#### *Extern samverkan*

Sjuksköterska samverkar med de vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar inom psykiatri där patienten är listad.

Sjuksköterska samverkar med husläkare och specialistläkare på berörda vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar för att diskutera frågor som rör patientsäkerheten på individnivå i syfte att förbygga att patienter drabbas av vårdskada.

### **Informationssäkerhet**

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse. Kravet på sekretess tas upp på arbetsplatsträffar minst 1 gång/år.

Endast verksamhetens sjuksköterska har tillgång till dokumentationssystemet Vodok. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte kontrolleras av ansvarig verksamhetschef.

Loggkontroller och egenkontroller kommer att införas under 2023.

## En god säkerhetskultur

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar skriftligt avvikelser/händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada till sjuksköterska som registrerar dem i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

Avvikelse rapporten hanteras skyndsamt och analys om varför avvikelsen uppstått utreds. Om utredning visar på behov av förbättrade rutiner införs de direkt. Alla avvikelser tas upp för genomgång i lärande syfte på kommande arbetsplatsträff.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Allvarliga händelser och avvikelser bedöms och utreds. Avvikelse analyseras av och sammanställs av verksamhetschef och sjuksköterska. Alla händelser och avvikelser tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

Klagomål som inkommer via IVO (inspektionen för vård och omsorg) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning görs vid behov i samråd med MAS.

Kontinuerlig kontakt hålls med den som lämnat in klagomålet eller syn-punkten. Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef som avgör grad av utredning.

Alla klagomål/ synpunkter utreds och leder vid behov till en rutinförändring. Alla medarbetare informeras om klagomål/synpunkter.



## Adekvat kunskap och kompetens

Vid rekrytering av nya medarbetare kräver vi alltid att personen är utbildad undersköterska. Nya medarbetare introduceras enligt verksamhetens rutin. Det finns dokumenterade rutiner som verksamheten går igenom kontinuerligt på arbetsplatsträffar och verksamhetsmöten. Dessa uppdateras vid behov.

Inför delegering utför medarbetaren ett test som ska utföras med godkänt resultatet

En kompetensutvecklingsplan tas fram utifrån de krav som ställs på verksamheten för att säkerställa kompetensen



## Patienten som medskapare

Vid inflyttning hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och eventuell närstående om Patientnämndens arbete. Informationsbroschyr om Patientnämnden lämnas i samband med inflyttning.

Patienter/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten. Vid vårdplaneringar och





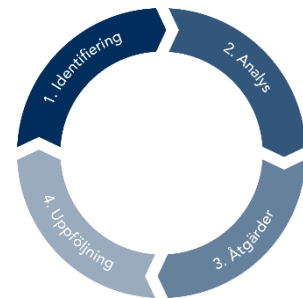
uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras deltar eventuell vårdtagare/närstående.

Vid inträffad händelse/avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient/närstående.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, granskning av andelen trycksår uppkomna på enheten och granskning av andelen medarbetare som genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning en gång per år.

Egenkontroller som har genomförts under 2022

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre som tackat ja till erbjudandet.	1 gång per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Vårdhygiens blanketter- Självskattning och observationer av följsamhet av basala

		hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Allvarliga händelser och avvikelser bedöms och utreds. Avvikelseanalyseras och sammanställs av verksamhetschef och sjuksköterska.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Utredning görs i samverkan med MAS.

Inträffade händelser och avvikelser tas upp och analyseras på arbetsplatsträff i lärande syfte.



## Tillförlitliga och säkra system och processer

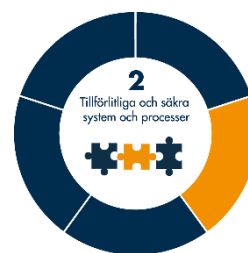
Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång i månaden. Avvikelse registreras av sjuksköterska i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Avvikelseanalyseras och sammanställs av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. Återkoppling av analysen och eventuellt förändrat/förbättrat arbetssätt delges till berörd personal.

För att förhindra spridning av vårdinfektioner har alla medarbetare, inklusive chef, genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Infektionsregistreringen har följts och analyserats under året.

Riktlinjer och rutiner för att förhindra smittspridning av pandemi har upprättats och följts. Kohortvård används vid misstanke om smitta.

All läkemedelshantering sker enligt upprättade lokala rutiner och inför delegering gör alla medarbetare ett test som ska vara godkänt.



## Säker vård här och nu

### Riskhantering

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Riskanalys görs alltid tillsammans med sjuksköterska och baspersonal.



Samma gäller vid större förändringar av rutiner. Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personal.

Sedan pandemin startade har flertalet riskanalyser gjorts med förändrade rutiner som följd för att förhindra smittspridning. Folkhälsomyndighetens rekommendationer följs.

Avvikelser analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och åtgärder genomförs vid behov.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården.



Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2022

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter som tackar ja till erbjudandet.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som tackat ja till erbjudandet en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 81 procent, för undernäring till 81 procent och trycksår till 81 procent.  Andelen riskpatienter för fall uppgår till 69 procent, för undernäring 31 procent och för trycksår 0 procent	Godkänt resultat
Inga trycksår uppkomna på enheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår på enheten uppgår till 0 procent	Godkänt resultat
Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.  All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.  All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer en gång per år.  Granskning av andelen antibiotikabehandlade Infektioner infektionsregistreringen en gång per månad.  Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner saknades under 2022  Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.  Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Har utförts i början av 2023.  Godkänt resultat  Godkänt resultat

## Samlad analys

Verksamhetens egenkontroller utifrån verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har utförts med godkänt resultat.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har förbättrats under året. Individuella riskbedömningar har dokumenterats i hög grad. Systematiska egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen behöver genomföras för att säkerställa att den uppfyller ställda krav.

Extern granskning av läkemedelshanteringen har genomförts med handlingsplan och åtgärder. Uppföljning genom egenkontroll utförs första kvartalet 2023.

Arbetet med att utveckla systematiska egenkontroller är påbörjat under 2022 och fortsätter under 2023.

## Avvikelser

Under året har totalt 18 (44) stycken avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell. Alla siffror i parentes är föregående års resultat

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b>	<b>0</b>
<b>Läkemedel, varav</b>	<b>17</b>
• Utebliven dos	15
• Övrigt annat	2
<b>Specifik omvårdnad</b>	<b>1</b>
• Utebliven åtgärd	1

## Analys:

Året har inte innefattat några inrapporterade fallincidenter.

17 avvikelser gällande läkemedel har rapporterats. En minskning jämfört med föregående år. Vid de avvikelser som avser utebliven dos är det oklart om det är patienten som inte velat ha sina läkemedel eller personal som missat.

Gällande utebliven åtgärd avses ett fall där patienten tackade nej till den specifika behandlingen.

Vi kommer att fortsätta se över hur vi kan förbättra rutinerna för att minimera att avvikelser förekommer. Rutinerna kommer att arbetas fram i personalgruppen på arbetsplatsträff och sparas i lokal läkemedelsrutin.

## Klagomål och synpunkter

Under året har inget klagomål som rör patientsäkerheten framkommit.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under året har vi följt upprättade riskbedömningar, Folkhälsomyndighetens rekommendationer, regionens och stadens rekommendationer för särskilda boenden för att minimera att smittspridning av covid-19 ska ske.



Alla patienter över 65 år ska erbjudas individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år. Riskbedömningar har erbjudits och genomförts för flertalet.

Arbetet med systematiska egenkontroller har påbörjats och kommer fortsätta under 2023

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2023 kommer vi att fortsätta arbetet med att uppdatera vårt kvalitetsledningssystem för att säkerställa att alla får en god och säker hälso- och sjukvård. Vi kommer att utföra de egenkontroller som vi infört och därefter arbeta med åtgärder av resultat. Vi kommer att skärpa arbetet med att analysera avvikelser.

Vi kommer att fortsätta att arbeta med basala hygienrutiner och klädregler och ha en hög beredskap för ett förändrat läge och följa rekommendationer och riktlinjer från Folkhälsomyndigheten, staden och regionen.

### MÅL 2023

1. Alla patienter över 65 år ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.

### STRATEGIER

1 och 2. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet.

3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.

3.2. All personal följer gällande handlingsprogram, riktlinjer och rutiner vid smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.

3.3. All personal, inklusive chef och sjuksköterskor genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.