



Humana

# Patientsäkerhetsberättelse

---

Åsengården

2022

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>6</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
3.2 Övergripande mål och strategier.....	7
3.3 Organisation och ansvar .....	7
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
3.5 Informationssäkerhet .....	8
3.6 En god säkerhetskultur .....	9
3.7 Adekvat kunskap och kompetens.....	9
3.8 Patienten som medskapare.....	11
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>12</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
4.3 Säker vård här och nu.....	13
4.3.1 Riskhantering.....	14
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
4.4.1 Avvikelse .....	15
4.4.2 Klagomål och synpunkter .....	16
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	17
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> .....	<b>18</b>

# 1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

## 2 Sammanfattning

Åsengården är ett litet demensboende med 29 platser som drivs av Humana Omsorg AB sedan januari 2018.

Samtliga boende skattas enligt bedömningsinstrument MNA, DFRI, Abby pain samt Nortonskala. Om det via skattningar upptäcks att boende löper risk för undernäring/är undernär, har hög risk för fall eller har risk för trycksår, upprättas individuell omvårdnadsplan. Det förebyggande arbetet registreras även i kvalitetsregistret Senior alert och följs upp där.

Läkarsamverkan sker såsom tidigare via Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning sker 1 gång/vecka under onsdag förmiddagen på Åsengården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Örby doktorn. Från 1 januari 2023 så får Åsengården en ny läkarmottagning då Örby doktorn läggs ner, ny läkarorganisation blir Familjeläkarna.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF respons. I och med den nya läkarorganisationen kommer nu SSK få tillgång till Takecare.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret.

Under 2022 har fokus varit det förebyggande arbete med Covid-19 och att få igång det systematiska kvalitetsarbetet med utbildningar. Det har uppskattas att återigen kunna gå tillbaka till en mer normal vardag och kunnat träffats fysiskt.

Krishanteringen under Covid har också varit till hjälp för vårt fortsatta krisarbete med risk för elavbrott och ökad risk iom kriget i Ukraina .

Personalen har visat på en hög profession och kunnat ställa om vid nya rutiner och riktlinjer snabbt, haft en bra kommunikation med HSL och läkare. Tekniska lösningar har möjliggjorts och Wifi är nu sedan dec 2021 installerat i hela verksamheten.

## 3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### 3.1 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..



Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Charlotte Damberg

Verksamhetschef, Åsengården: Linnéa Tranvinge

Gruppledare: Angelika Finnberg

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1 Nina Folbäck - HSL Ansvarig

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2 Lisbeth Elgered gick i pension sommaren 2022 och ersattes av Zehvada Liljic.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3, Zehvada Liljic och Nina Folbäck

Arbetsterapeut: Eva Magnusson Rosenlind

Fysioterapeut: Marina Stegnjajic

Schema

Arbetsterapeut och Fysioterapeut har lagt sitt schema så alltid någon av dem är på plats vardagar. Båda är på plats mötesdagar.

SSK har på plats vardagar och alltid någon är på plats 07:00 och kan ta emot rapport från natten, en slutar alltid 16:15 för att kunna lämna över rapport till jourorganisationen. Klara kompetens.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll

- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

### **3.2 Övergripande mål och strategier**

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

Vi har under 2022 fortsatt vårt arbete med att stärka teamkänslan och teamarbetet och arbeta för högpresterande team. Ett arbete som drogs igång våren 2020 men som fick sättas åt sidan pga av pandemin. I maj 2022 samlade vi alla avdelningar och gjorde en summering av högpresterande team och fördjupades oss i teorierna. Under hösten delade vi sedan upp avdelningarna och gjorde olika teman för planeringsdagarna - Kommunikation och rapportering, bemötande och personcentrerad vård och fokus kontaktmannaskap.

### **3.3 Organisation och ansvar**

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning](#)

[Kvalitetsredovisning](#)

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

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Charlotte Damberg

Verksamhetschef, Åsengården: Linnéa Tranvinge

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1 Nina Folbäck

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2 Lisbeth Elgered

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3, Lisbeth Elgered och Nina Folbäck

Arbetsterapeut: Eva Rosenlind

Fysioterapeut: Marina Stegnjajic

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och

patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

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

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

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Örby doktorn och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. Åsengården har haft samma patientansvariga läkare under ett flertal år. En god patientkänedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg. Under Corona pandemin har Örby doktorn fortsatt haft ronder på plats på Åsengården och undersökt patienterna med få avvikelser.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på onsdag förmiddagen. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok. Alla nyinflyttade boende signerar medgivande blankett, utfärdad av Örby doktorn, som underlag att PAL kan ta med sig journalkopior till boendet.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Örby doktors bakjour.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista och anhörig kontakt.

Multiprofessionella teammöten sker en gång i månaden våningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD administratörer

Joursjuksköterska organisation är Klara Kompetens som under Corona pandemin har kunnat fortsätta sitt arbete utan att det påverkat patienterna på Åsengården. Kommunikering har skett mellan Åsengården och Klara kompetens om smitta eller misstänkt smitta funnit på boendet. Klara kompetens finns tillgängliga efter kontorstid kväll, nätter och helger.

### **3.5 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både



kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-stegs inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

### **3.6 En god säkerhetskultur**

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

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa

[Parus ledningssystem](#)



HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF respons. Avvikelse ID journalförs i journalsystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd håll en gång i månaden med representant från varje avdelning, en representant från nattpersonalen, SSK, Rehab och Verksamhetschef. På mötet tas föregående avvikelser upp och diskuteras för lärande exempel.

Under 2022 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador som lett till en lex maria.

Multiprofessionella möten hålls en gång i månaden avdelningsvis. SSK, Rehab och kontaktman till aktuell boende närvarar. ca 1-2 boende tas upp på mötet där riskanalys, BPSD, senior alert och Palliativa registret tas upp. Även boendes genomförandeplan går igenom för eventuell revidering.

### **3.7 Adekvat kunskap och kompetens**

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

arbete.



På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal

7-13:30

7-15:30

8-16:00

13:30-21

13:30 -20

20:45-07:00

21:00-07:15

Överrapporteringstid finns inplanerad i schemat och schemat ser likadant ut på alla avledningar. det finns tid för möten och överrapportering mellan varje pass. På Åsengården finns det 24 fast omvårdnadspersonal där samtliga är utbildade undersköterskor förutom två som är vårdbiträden.

2 åa sjuksköterskor finns på plats måndag- fredag 07:30- 16:15

0,75 åa arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag

0,75 åa Sjukgymnast finns på plats måndag- fredag

SSK erbjuder minst 5 utbildningsdagar om året

Omvårdnadspersonal erbjuds plugga på arbetstid till undersköterska eller specialundersköterska. Under 2022 har en anställd vidareutbildat sig till undersköterska och påbörjat specialistundersköterska.

### **SSK har under 2022 gått utbildning/kurs i:**

- Venös bensårsutbildning, 2 timmar digital utb. Essity.
- Sjuksköterskans Kliniska bedömning steg 1, en heldag, Kompetensutvecklingsinstitutet; Lindah Liljedahl
- Att dokumentera enligt ICF-utbildning, två dagar. Digitalt. Humana; Betty Andertoft och Hanna Göthlin.
- Arbetsledarutbildning Silviahemmets certifieringsprogram, en heldag. Silviahemmet Drottningholm.
- Sårutbildning, två st eftermiddagar 1,5 timme vardera digitalt. Essity.
- Demensdagarna i Örebro, två st heldagar. Svenska nätverket för demenskunskap.
- Suicidprevention; heldag digitalt. Daniel Frydman, Karolinska Institutet.
- Palliativ vård inom äldreomsorgen, heldag. PKC Region Stockholm.
- Svårläkta sår och sårbehandling med Cutimed, en em. Venös insufficiens och kompressionsbehandling med JOBST, en em. Digitalt. Essity.
- PKC-dagen; heldag. Region Stockholm.

SSK Nina Folbäck: En kurs till certifierad utbildare i BPSD. 4 dagars kurs i Skåne. BPSD-registret Enheten för kognitiv medicin.

- Hela HSL-guppen en em utbildning i VODOK av Eva Lindstedt, Stockholm stad.

- Munvårdsutbildning för all personal av Oral care, en em på plats.

Fysioterapeut: Säkert sittande, heldagsutbildning. Invacare.

Rehab, aktivitetsansvariga, Verksamhetschef och gruppleddare: NUR (Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd). Två st heldagar samt en uppföljningsdag. Region Skåne.

### **3.8 Patienten som medskapare**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*



Anhörig informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid brytpunkter. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i den boendes omvårdnadsjournal.

Vid inflytt och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Åsengården närstående till delaktighet i vården som rör boende. Boende och närstående uppmuntras att skriva levnadsberättelse.

Vid inflytt upprättas en tillfällig genomförandeplan som sedan revideras 2 veckor efter inlytt tillsammans med boende och/eller närstående. Efter ca 1 månad erbjuds vårdplanering.

Örby doktorn har varit på plats under hela året som vanligt och besökt de boende som haft behov av läkarbesök och har haft kontakt med de anhöriga som önskat läkarsamtal.

Kontaktmannen för den boende ansvarar för närstående kontakt och kommer tillsammans överens om hur den ska se ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att informera om den boendes hälsostatus.

Närstående och boende bjud in att vara delaktig i planeringen av aktiviteter och kost. Under 2022 startade vi upp Åsengården Instagram där vi visar upp vardagen hos oss, delar matsedlar och kommande och genomförda aktiviteter. Anhörigrådet har kommit igång igen efter en tids uppehåll under pandemin och vi träffas 1 gång per kvartal.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



1.

Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten på omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk.

Relaterat till en avvikelse har vi arbetat med vikten av att förflyttningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT. Repetition av detta fortsätter under kommande år.

Fortsatt arbete har skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämma av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och verkligen säkerställa att alla mediciner är givna.

Avvikelser har noterats kring rörelselarmen. Vi har arbetat med rutinerna kring detta då ett flertal handhavandefel har noterats. Arbetet med detta har givit resultat, ett minskat handhavandefel har noterats.

Avvikelser har uppstått relaterat till eldrivna antidecubitusmadrasser, då det har hänt att madrasser av oklar anledning har varit avstängda eller har tjutit då man av misstag har råkat dra ut vissa kablar. Detta har medfört stor risk för utveckling av trycksår vid elavbrott eller handhavandefel. Förbättringsarbete har utförts då samtliga eldrivna madrasser nu är utbytta mot behandlande antidecubitusmadrasser som ej är eldrivna.

### 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.

### **Har vården varit säker**



Under 2022 har vi inte haft några allvarliga vårdskador.

Riskbedömningar och handlingsplaner görs itillsammans i teamet och alla avvikelser som kommer upp tas upp på kvalitetrådet, avvikelser som behöver lyftas för lärande aspekt tas upp på APT och specifika avvikelser gällande en avdledning tas upp på omvårdnadsmöten.

## **4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### **Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system**



Vi följer systematiskt upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten med egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Fall- och läkemedelsavvikelser dokumenteras av hälso- och sjukvårdspersonal i Humanas avvikelssystem DF - respons.

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarigsjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras och rapporteras.

All nyanställd personal måste genomgå utbildning i Basal hygien innan påbörjat första arbetspasset.

## **4.3 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.

### **Är vården säker idag**



Nyinflyttade boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunen journal system Vodok och Senior alert.- Fall- Trycksår- Nutrition- ROAGsamt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Patientansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs också. Patientansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

### *4.3.1 Riskhantering*

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Flertal riskanalyser har gjorts

- Säkra besök
- Aktiviteter
- Arbetsmiljö
- in- och utflytt av nya boende
- smittförebyggande arbete

Risk- och händelseanalyser har gjorts i tvärprofessionella arbetsgrupper under 2022 på de patienter som haft ett utåtagerande beteende eller visat sig ha risk för det.

HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF respons. Avvikelse ID journalförs i journalsystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av

verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2020 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador som lett till en lex maria.

#### **4.4 Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

##### **I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information**



Under kostråden har vi arbetat mycket med vikten av att erbjuda små energirika mellanmål till de boenden som inte äter så stora portioner mat. Fortlöpande arbete har utförts kring vikten av personcentrerad vård när det kommer till kost, att verkligen försöka hitta den mat/ mellanmål varje specifik boende uppskattar. Vi har även haft ett pågående arbete med att servera nybakt fikabröd flera ggr per vecka. Nattfastemätning har utförts två gånger under det gångna året i syfte att få ner nattfastan till max 11 timmar, något vi så gott som helt har lyckats med.

Aktivitetsgruppen har lagt ett veckoschema för de aktiviteter som ska genomföras. Aktivitetsansvarig personal driver detta med gott resultat. Ny rutin är att på morgonmötet på varje avd stämma av vilka aktiviteter som dagen ska innehålla. Vi har ökat utomhusvistelsen genom att ha fasta dagar då promenader utomhus genomförs. Kommunikationen och informationen till närstående kring vilka aktiviteter som genomförs har förbättrats med hjälp av foton och filmer som läggs ut på sociala medier.

Fortsatt arbete med BPSD-registret har pågått. Vi har fortsatt att i det multiprofessionella teamet göra skattningar och registreringar i registret. Vi har även tagit arbetet vidare med signeringslistor på de omvårdnadsåtgärder varje boende är ordinerad. Detta i syfte att säkerställa att varje boende erbjuds de omvårdnadsåtgärder vi har kommit överens om i temaet. Fortlöpande utvärdering görs av dessa åtgärder och hur de utförs.

##### **4.4.1 Avvikelse**

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

Alla avvikelser rapporteras in i DF respons och utreds av ansvarig profession och



utredare.

Avvikelserna tas upp samlat på Kvalitetsrådet varje månad och APT. Avvikelser som rör en viss avdelning tas upp på dennes omvårdnadsmöte i ett steg för analys och lärande.

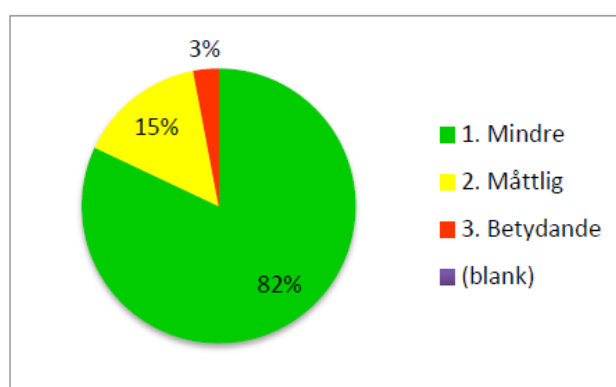
Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten på omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk.

Relaterat till en avvikelse har vi arbetat med vikten av att förflyttningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT. Repetition av detta fortsätter under kommande år.

Fortsatt arbete har skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämna av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och verkligen säkerställa att alla mediciner är givna.

Typ	Antal	Fördelning
Fall	54	48,2%
Läkemedelshantering	27	24,1%
Utförande, omsorg, behandling, stöd	14	12,5%
Information, kommunikation, samverkan	5	4,5%
Hot, våld och trakasserier	4	3,6%
Annan	4	3,6%
Medicinteknik och hjälpmedel	3	2,7%
Miljö/Hållbarhet	1	0,9%
<b>Totalt</b>	<b>112</b>	<b>100,0%</b>

Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	82	82,0%
2. Måttlig	15	15,0%
3. Betydande	3	3,0%
(blank)		0,0%
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>



#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårds insatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid



utebliven/fördröjd behandling eller lidande.

Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med anhöriga/patienten/ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska, mötet mellan sistnämnda parter om så önskas.

Klagomål och avvikelser registreras och hanteras i Humanas avvikelshanteringssystem DF respons.

Alla boende får information om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål vid inflytt.

Information och blanketter finns också uppsatta i Hiss och på anslagstavlor. En förslagslåda finns uppsatta utanför administrationen.

## **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

### **Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden**



Under 2023 påbörjas arbetet med Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost.

HSL-gruppen ansvarar för planeringen och utförandet av dessa temamånader.

Fokusmånaden tas upp som en röd tråd under månaden på omvårdnadsmöten veckovis, kvalitetsråd och APT. Vid behov hålls också extra utbildningsinsatser.,

## **5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

- Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost.
- Fortsatt arbete med högpresterande team med fokus feedback och kommunikation
- KP certifiering av kontaktmannaskap. Medarbetare följs upp under 3 månader i sin dokumentation och ska ha genomfört ett antal utbildningar och uppgifter för att blir certifierad. certifiering håller sedan i 2 år för att sedan följas upp på nytt.
- BPSD utbildning för undersköterskor för att bli BPSD administratörer.
- Fortsätta arbeta efter Humanas ledningssystem Parus och följa årshjulet i kvalitetsarbetet och egen kontroller.
- Fortsatt aktivt arbeta med och följa upp avvikelser, resultat av vidtagna åtgärder och eventuella utredningar enligt Lex Maria
- Fortsatt arbeta med nutrition