



EN HANDBOK
I RISKANALYS

Säker omsorg!



Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö samt Region Stockholm.

Vi vill genom praktisk forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

www.nestorfou.se

© Nestor FoU-center

Reviderad upplaga

Tryck: Haninge kommuns tryckeri 2021

Illustration: Anna Ödlund

Språklig bearbetning: Sara Bergqvist Månsson

FÖRORD

I denna handbok har vi utnyttjat Nestor FoU-centers breda nätverk bland våra huvudmän för att samla in underlag för en modell för riskanalyser inom äldreomsorgen. Intervjuer, deltagande observationer, arbetsgrupper och referensgrupper med deltagare från flera yrkesgrupper ligger till grund för exemplen på riskanalyser av olika områden inom äldreomsorgen. I handboken beskriver vi ett verksamhetsanpassat sätt att göra riskanalyser utifrån praktiska exempel. Anvariga projektledare vid Nestor FoU-center är Karin Högstedt, Sune Petersson, Inger Norlin, Jasmin Matinzadeh och Anders Nordlund.

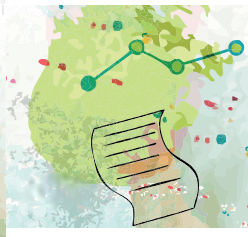
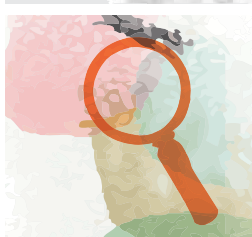
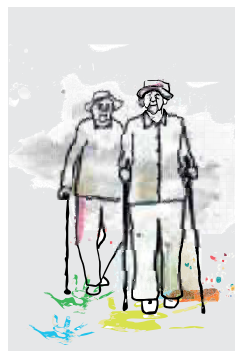
En mindre revidering av handboken gjordes 2018.

Handbokens disposition

Den här handboken beskriver inte någon ny modell för riskanalys utan följer den modell som förordas i handböcker från Socialstyrelsen och SKL, *Riskanalys & Händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete* och *Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom Individ- och Familjeomsorgen*. Vårt mål är istället att bidra till att riskanalyser används inom äldreomsorgen, med exempel därifrån.

Eva Lindqvist
FoU-chef

Innehåll



KAPITEL 1

Inledning, sid 5

KAPITEL 2

Att göra riskanalys – steg för steg, sid 11

Ekuddens riskanalys av måltidssituationen, sid 12

Förberedelser, sid 17

Genomförande av riskanalysen, sid 19

Avslutande arbete, sid 33

KAPITEL 3

Fler exempel från äldreomsorgen, sid 40

Ekuddens riskanalys av utevistelse, sid 41

Ekuddens riskanalys av munhälsa, sid 48

KAPITEL 4

Mallar, sid 56

KAPITEL 1

Inledning



Det här är en handbok för dig som är chef eller utsedd att leda riskanalysarbetet på ett äldreboende eller inom hemtjänsten. Boken beskriver hur du på ett enkelt och konkret sätt kan förebygga risker i omsorgen genom att göra riskanalyser.

Vad är en riskanalys?

Idag finns det kunskap om hur man kan förebygga skador och fel som sker. Det handlar dels om att analysera vad som hänt när något har gått fel och dra lärdomar av det enskilda fallet. Det kallas händelseanalys.

Det handlar även om att kartlägga risker som finns i verksamheten just nu eller som kan tänkas uppstå när man genomför en förändring eller byter rutiner. Det kallas för riskanalys och är det som den här handboken handlar om. Med risk menas något som kan inträffa och leda till försämrad hälsa och minskat välbefinnande hos den äldre.

Riskanalysen är alltså en metod för att förebygga skador och andra negativa händelser.

Hur gör man?

Genom att ställa några enkla och övergripande frågor kan du och din personal få en djupare insikt om vad som behöver utvecklas i just er verksamhet. Svaren på frågorna hjälper er att se hur ni kan minska riskerna för allvarliga fel i det vardagliga arbetet.

I grunden handlar det om samma sorts frågor, oavsett vilken del av verksamheten ni väljer att granska:

- Är vår verksamhet av god kvalitet och anpassad till den äldres behov?
- Finns det några risker med den omsorg som vi ger?
- Vad är orsakerna till dessa risker?
- Hur kan vi påverka dessa orsaker?

Nyttan med riskanalysen

Vården och omsorgen om de äldre ska hålla en god kvalitet och ge de äldre förutsättningar för att leva ett bra liv. Riskanalyser är ett bra sätt att säkerställa att det också blir så. Det handlar om flera olika saker:

- Att förebygga skador.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och Öppna jämförelser.
- Uppmärksamma och komma tillrätta med problem kring vård- och omsorgsinsatser.
- Att regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Skapa förståelse för hur verksamheten kan bli mer personcentrerad.

Ditt ansvar som chef

Som chef och ledare har du ett ansvar för att det finns struktur och rutiner som garanterar att arbetet på din enhet utförs säkert och med en hög kvalitet.

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) beskrivs ansvaret att den som utför hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som gör det möjligt att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten.

I ledningssystemet ska det tydligt framgå hur detta ska gå till och det är du som har det yttersta ansvaret att bedöma om det finns risk för händelser som kan påverka kvaliteten i omsorgen. Även dina medarbetare har skyldighet att delta i riskanalysarbetet i enlighet med dina instruktioner.

Att göra riskanalyser är ett bra redskap i det arbetet. Du kan koppla ihop riskanalyser med verksamhetsplanen genom att planera analyser för de områden där du vet att kvaliteten brustit.



Kort om handboken

I handboken kommer vi nu att beskriva olika exempel på hur riskanalyser kan genomföras i äldreomsorgen. Vi har valt att börja med området måltiden. Därefter beskriver vi hur man kan göra en riskanalys av områdena utevistelse och munhälsa.

I KORTHET

FAKTA OM VÅRDSKADOR OCH KVALITETSBRISTER

Officiell statistik visar att problemen med skador i vården är omfattande, skador som inte beror på patientens underliggande sjukdom. Årligen drabbas flera tusen personer av bestående skada och i cirka 1 500 fall kan vårdskadan ha bidragit till att personen avlidit. Skador i vården innebär fler vård dagar, förhöjda vårdnivåer, en ökad kostnad samt negativ konsekvenser för den enskilde.

Kvalitetsbrister inom äldreomsorgen rör ofta uteblivna insatser, felaktigt utförda insatser eller brist i bemötande. Från myndighetshåll beskrivs brister i att ta tillvara erfarenheter och använda de äldres synpunkter för att kvalitetssäkra verksamheten inom äldreomsorgen.

NYTT FOKUS FÖR ANSVARET

Tidigare har fokus legat på personalens ansvar när det har blivit fel. Det här är på väg att förändras och istället söker man förklaringar i organisationen som helhet.

Negativa händelser kan många gånger orsakas av brister i rutiner, arbetsmiljö, kompetens, teknik eller kommunikation. Därför kan det ofta vara mer effektivt att se över hela organisationen än att fokusera på enskilda individer och händelser.

