

# Patientsäkerhetsberättelse

Brommagårdens vård- och omsorgsboende samt dagverksamhet

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-25 Eva Ingemarsdotri

---

---

## Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....	1
BROMMAGÅRDENS VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE.....	
SAMMANFATTNING .....	3
STRUKTUR .....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienter och närståendes delaktighet.....	
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll .....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	11
Riskanalys .....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS .....	13
Egenkontroll .....	13
Avvikelser .....	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Händelser och vårdskador .....	15
Riskanalys .....	15
Mål och strategier för kommande år.....	16

---

## **SAMMANFATTNING**

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso-och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt. Det övergripande målet följs upp utifrån fem delmål inom följande områden: *informationsöverföring, utveckling av dokumentation, registrering i kvalitetsregister, systematiskt arbete med avvikelshantering samt ökad kunskap om fallprevention.*

### ***Delmål 1- Informationsöverföring***

#### **Mål**

Arbeta med informationsöverföring och dokumentation mellan samtliga professioner externt och internt – *delvis uppfyllt*

#### **Åtgärd**

Pågående arbete

#### **Resultat**

Kommit en bit på väg i arbetet. Fortsatt arbete under 2022

#### **Fortsatt arbete**

HSL-ansvarig sjuksköterska planerar utbildning i strukturerad informationsöverföring enligt SBAR med respektive personalgrupp/avdelning. Inväntar material i form av SBAR kort från SKR. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska handleda i SBAR kontinuerligt. Ska vara genomfört 220601.

### ***Delmål 2 - Utveckling av dokumentation***

#### **Mål**

Utveckling av dokumentation i patientjournal. Komplettering av hälsoplaner och uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder – *delvis uppfyllt.*

#### **Åtgärd**

Intern utbildning och kollegial granskning avseende en tydlig struktur i hälsoplaner och patientjournaler. Dokumentationssamordnare har genomfört riktade insatser till enskilda vid behov. Journalgranskning enligt egenkontroll är genomförd 210924.

#### **Resultat**

Hälsoplaner finns för ett antal områden, men saknar dokumenterad uppföljning. Planer finns för risk för fall, undernäring och trycksår men få hälsoplaner finns för t ex sår, oro sömn etc. Planerna för fallprevention är välfyllda och man kan se att olika professioner arbetar i team. Övriga planer är ganska tunna. Uppföljning och utvärdering sker på andra ställen i patientjournalen, tex. teammöten och åtgärder, inte som en följd av utvärdering av planen.

#### **Fortsatt åtgärd**

---

HSL- ansvarig sjuksköterska följer upp, handleder och granskar det pågående arbetet med journalerna.

Handledning är planerad med stadsdelens samordnare för HSL-dokumentation där man ska fokusera på ett område i taget t.ex. all dokumentation runt nutrition.

### ***Delmål 3 - Registrering i kvalitetsregister***

#### **Mål**

Samtliga patienter som samtyckt till registrering i kvalitetsregister ska registreras i Senior Alert och Palliativa registret – *uppfyllt*.

#### **Åtgärd**

Registrerat samtliga patienter i Senior Alert

#### **Resultat**

Samtliga patienter är registrerade i Senior Alert och alla sjuksköterskor har behörighet till Palliativa registret.

#### **Fortsatt arbete**

Hämta data ur Palliativa registret för att identifiera vilka områden som inte når upp till 100% och utifrån detta analysera orsak och åtgärd till förbättring.

### ***Delmål 4 – Systematiskt arbete med avvikelshantering***

#### **Mål**

Förbättra processen för avvikelshantering – *delvis uppfyllt*.

#### **Åtgärd**

Pågående arbete

#### **Resultat**

Ett underlag och dokument för analys har skapats, med syfte att kunna arbeta utifrån en process när det gäller avvikelser. Kvarstår arbete med att implementera underlaget för rapportering av orsak, åtgärd och uppföljning.

#### **Fortsatt arbete**

Utvärdering av upprättat dokument för analys av avvikelser.

### ***Delmål 5 – Öka kunskap om fallprevention***

#### **Mål**

Öka kunskap om fallprevention – *ej uppfyllt*.

#### **Åtgärd**

Handledning av omvårdnadspersonal i fallprevention.

#### **Resultat**

---

---

Arbete kvarstår för att nå en ökad kunskap om fallprevention bland alla berörda yrkeskategorier.

### **Fortsatt arbete**

Sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut ska involveras i ett gemensamt arbete runt fallprevention med syfte att förmedla ökad kunskap till baspersonal.

### **De viktigaste resultaten som uppnåtts utifrån delmålen**

Ett förbättringsarbete som påbörjades 2021 pågår fortsatt genom utveckling av dokumentation i patientjournal i Vodok. Kollegial granskning av journalföring har ägt rum vilket har påvisat en utveckling av dokumentationen och även förbättringsområden. Registrering av samtliga patienter i Senior Alert är genomförd. En tydlig struktur för hur vi ska arbeta med samt dokumentera avvikelser på kvalitetsråd är fastställd genom skapat dokument *där händelse, orsak, åtgärd och uppföljning* dokumenteras och arkiveras i pärm för ändamålet.

Hantering av avvikelser av olika slag sker i kvalitetsrådet där de olika yrkeskategorierna är representerade. På kvalitetsrådet diskuteras och analyseras möjliga orsaker till varför avvikelser uppstår och vid behov vidtas åtgärder för att förhindra att avvikelserna upprepas och att risk för skada uppstår.

Klagomål och synpunkter hanteras direkt genom muntlig eller skriftlig återkoppling. De behandlas också på enhetens olika möten. MAS/ MAR tar del av de avvikelser som verksamheten rapporterar och utreder i förekommande fall allvarlig, eller risk för allvarlig, vårdskada enligt Lex Maria. Rutiner finns för rapportering av missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt Lex Sarah.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

Coronapandemin har även präglat 2021 och åtgärder har varit att arbeta med att säkerställa patientsäkerheten. Det viktigaste i verksamheten har varit att reducera smittspridning, samt att ha sjuksköterskor på plats. En granskning av patientsäkerheten har genomförts, den samlade bedömningen av uppföljningen och handlingsplan kommer att upprättats med återkommande uppföljning med successiv progress. För att nå det övergripande målet, används åtgärdsplan enligt MAS/MAR med regelbunden uppföljning av progress enligt följande:

- Egenkontroll av dokumentationsgranskning utifrån fastställd mall.
- Mätning av följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler genom nationell punktprevalensmätning samt egenkontroll 1 gång/månad.
- Mätning av nattfasta som är gemensam för Stockholm stad, utarbetad och fastställd av dietist.

- 
- Riskbedömning/screening av fall, tryckskada, undernäring, kontinens och munhälsa i kvalitetsregistret Senior Alert, som är ett evidensbaserat verktyg för riskbedömningar i vård- och omsorgsarbete.
  - Mätning av förekomst av tryckskada genom nationell punktprevalensmätning 1 gång/år.
  - Läkemedelsgenomgång med symtomskattning PHASE20/PHASE Proxy 1gång/år samt vid behov.
  - Kvalitetsuppföljning med farmaceut 1gång/år
  - Funktionskontroll MTP
- Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning genom nationell punktprevalensmätning HALT 1 gång/år.

En stor del av arbetet har varit att observera, stötta, handleda och kontrollera följsamhet och kunskap gällande handhavande av skyddsutrustning och att verksamheten har en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

## **Organisation och ansvar**

### **Nämndens ansvar**

Nämnden är huvudman och vårdgivare och ansvarar för att hälso- och sjukvården bedrivs på ett systematiskt och patientsäkert sätt. Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård med god hygienisk standard enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

### **Verksamhetschef**

Verksamhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschef svarar även för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne. Verksamhetschefsansvaret frångår inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- det finns de rutiner och instruktioner som krävs i
- verksamheten
- personalen har rätt kompetens samt att denna upprätthålls
- överförmyndaren underrättas när en patient kan antas behöva god man eller förvaltare
- någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd försämras

Verksamhetschef har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. På Brommagården har verksamhetschef delegerat HSL-ansvaret till sjuksköterska som även har rollen som utvecklare av hälso- och sjukvård i verksamheten. De lagstadgade

---

uppgifter som åligger MAS och MAR är undantagna från verksamhetschefens ledning.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska och MAR kan endast anförtros legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget.

Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS och MAR att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt Lex Maria till IVO.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation inom hälso- och sjukvården. Inom Stockholm Stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad, förhållningssättet tvärprofessionellt och processorienterat.

Hälsofrämjande omvårdnad, habilitering och rehabilitering innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet.

Hälsofrämjande omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde. Hälsofrämjande habilitering och rehabilitering är den legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

---

## Delegerad personal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan genom delegering överlåta en hälso- och sjukvårdsuppgift till baspersonal om denne bedöms ha reell kompetens för uppgiften. Baspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård.

Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Biträdande enhetschef bedömer om och när omvårdnadspersonal är redo för att ta emot läkemedelsdelegering.

Biträdande enhetschef ansvarar för att baspersonal genomgår webb-utbildningen *"Jobba säkert med läkemedel"*, diplom efter genomgången utbildningen förvaras i personakt hos biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef lägger in baspersonal i delegeringsmodulen i journalsystemet Vodik, samt ser till att baspersonal som ej arbetar längre avslutas i systemet.

Sjuksköterska bedömer om omvårdnadspersonal kan ta emot delegering och utför den enligt flödesschemat. Checklista används: [Hälso- och sjukvårdsregler Västerort MAS-MAR - Start sida \(stockholm.se\)](https://www.stockholm.se/omsorg/omsorgsplanering/omsorgsplanering-och-utvardning/omsorgsplanering-och-utvardning-och-utvardning)

Vid ny delegering, ska delegeringen göras på max 3 mån och uppföljning ska ske inom 3 mån. Vid uppföljning används checklistan *"Uppföljning av delegerad sjukvårdsuppgift"*. Vid förnyande av delegering kan denna göras på ett år. Kunskapstest ska utföras även vid förnyad delegering. Sjuksköterskan ansvarar för att återkalla delegering om det finns tecken på att delegerad personal inte har tillräcklig kunskap för att klarar sina delegerade hälso- och sjukvårds uppgifter.

## Vårdhygien och smittskyddsenheten

Vårdhygien och smittskyddsenheten tar fram vård- och handlingsprogram, informerar och ger stöd i frågor som gäller hygienrutiner och smittskydd. Under pandemin har enheterna varit viktiga för att få information och hur vi ska hantera svåra situationer kring bland annat smittspridning och smittspårning.

## Dietist

Dietisterna arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutrition och näringsbehov. Dietisten arbetar personcentrerat och utifrån socialtjänstlagens (SoL)-perspektiv med rutiner, utbildning, handledning, mat- och måltidssituation samt dygnsfasta. Utifrån hälso- och sjukvårdslagens (HSL)-perspektiv där personlig nutritionsbehandling ges för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre. Målgruppen har innefattat främst personer med ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter eller undervikt där målsättningen är god livskvalitet under sin sista tid i livet. Under pandemin har insatserna skett i hög grad på distans med konsultation.

## Dokumentationssamordnare

---



---

Stadsdelens samordnare för hälso- och sjukvårds dokumentation handleder legitimerad personal i att dokumentera i patientjournal i dokumentationssystemet Vodok. Samordnare kan utföra granskningar för att följa utvecklingen och bedöma journalföringens kvalitet. Återkoppling sker till chefer på övergripande nivå och till den enskilde vid handledningstillfället.

### **Samverkan för att förebygga vård skada**

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan mellan läkarorganisation/läkare.
- God läkemedelsanvändning för äldre.
- Medicintekniska produkter (MPT). Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.
- Kostnadsfördelning av läkemedel
- Samverkan för nutritionsbehandling.

### **Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten**

- Samverkan sker med Flexident. I samarbete med tandläkare och tandhygienist görs nödvändiga insatser för att främja en god munhälsa.
- Samverkan sker även löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, som t.ex. stadsdelarnas dietister och dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Samverkanssam möten och överenskommelse med jourföretag gällande sjuksköterskor.
- Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner
- Kostnadsfördelning för läkemedel och läkemedelsnära produkter.  
Apoteket AB, genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar. Återkoppling via protokoll och vid inspektionstillfället vilket används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.
- Vårdhygien, genomför hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Genom avtalet med vårdhygien, har samverkan med verksamheten skett under året i hantering av vårdhygieniska frågor relaterat till pandemin, covid-19. Fokus har legat på att hantera olika skyddsmateriel, kohortvård, implementering av nya rutiner och följsamhet till basala hygienrutiner. Vårdhygien erbjuder utbildningar till olika yrkesprofessioner men under pandemin har e-utbildningen i basala hygienrutiner varit den som genomförts.
- Fotsjukvård medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.
- På Brommagården finns ett eget kök med anställda kockar som ansvarar för den dagliga kosten och individanpassad kost.

---

## Patienters och närståendes delaktighet

I samband med inflyttning tar omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakt med anhöriga/närstående för att få information och en helhetsbild av patienten. I ett normalläge kan anhörig/närstående om de önskar vara delaktiga vid inskrivningen och vid vidare läkarkontakter. Under pandemin har andra lösningar skapats och genomförts utifrån möjligheter. Några fysiska möten har kunnat genomföras på ett säkert sätt, men oftast har det blivit via telefon och vid något enstaka tillfälle via Skype. På demensavdelningarna är det extra viktigt att göra anhöriga/närstående delaktiga i processen för att patienten utifrån den enskildes behov, ska få den bästa vården och omsorgen.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enhetschefen ansvarar för hanteringen av avvikelser och utreder händelser som har medfört eller varit risk för en vård skada. All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till hälso- och sjukvårdspersonal när de inträffar eller upptäcks. Baspersonal rapporterar muntligt och skriftligt på en avvikelseblankett och hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna och egna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i avsedd avvikelsemodul, som är kopplad till journalsystemet VoDok.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar t.ex kontakta läkare, fallförebyggande åtgärder.
- Rapportera, analysera och registrera avvikelser samt journalföra och utvärdera
- Utredda bakomliggande orsaker tillsammans med verksamhetschef, besluta och åtgärda händelser för att förhindra att händelsen inträffar igen
- Informera patient/närstående om händelsen lett till en vård skada och dokumentera i journalen att information överlämnats.

Den initiala bedömningen avgör vilka åtgärder som vidtas omgående för patienten när händelsen uppmärksammas. Syftet med en analys och utredning är att så långt det är möjligt klarlägga händelseförloppet och de bakomliggande orsakerna till att händelsen inträffade för att förhindra att den inträffar igen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska initialt bedöma om det finns misstanke om patienten drabbats av en vårdskada eller inte. Den initiala bedömningen kan också vara att patienten drabbats av en skada som inte är en vårdskada.

Utredningen avslutas med en slutlig bedömning och beslut om patienten drabbats av en skada, vårdskada eller misstanke om allvarlig vårdskada. Beslutet grundar sig på resultatet av den analys och riskbedömning som kommit fram i utredningen.

---

Om utredningen visar att det inte går att förhindra att händelsen inträffar igen ska verksamheten vidta åtgärder för att minska risken för att patienten drabbas av skada eller vårdskada.

Vid misstanke om risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada ska biträdande enhetschef och MAS/MAR snarast informeras om händelsen per telefon, sms eller mejl. I de fall utredningen har överlämnats till MAS/MAR, bedömer och beslutar MAS/MAR om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller inte.

Biträdande enhetschef ansvarar för att MAS/MAR informeras om utredningar av vårdskador som inte är allvarliga. Vid misstanke om allvarlig vårdskada ansvarar biträdande enhetschef för att MAS/MAR snarast får kännedom om händelsen. Biträdande enhetschef och MAS/MAR ska samverka vid utredning av händelser som kan leda till vårdskador eller allvarliga vårdskador. Enhetschef tar del av avvikelserna i avvikelsemodulen kontinuerligt i Vokdok.

HSL-ansvarig sjuksköterska kallar legitimerad personal och baspersonal till kvalitetsråd 1 gång/m enligt upprättad rutin. Därefter återkopplas till berörd personal i arbetsteamet och vid arbetsplatsträff till samtlig personal. Vid risk för att händelsen kan upprepas på annan enhet tar biträdande enhetschef upp händelsen vid gemensamt möte en gång/månad. Den som upptäcker en avvikelse, risk för vårdskada eller händelse som har eller hade kunnat medföra vårdskada kontaktar sjuksköterskan för bedömning

### **Klagomål och synpunkter**

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål finns i Bromma stadsdelsförvaltning. Alla medarbetare har fått information om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål. Ett förtydligande har även gått ut till anhöriga hur och till vem som synpunkter kan framföras. Synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras som en del i underlaget vid utvärdering och verksamhetsutveckling. Alla synpunkter och klagomål som rör hälso- och sjukvård bearbetas på enhetens kvalitetsrådsmöten en gång i månaden och på möten med hälso- och sjukvårdspersonal tre gånger per termin. Åtgärder görs skyndsamt om det krävs. En återkoppling till den som lämnat synpunkter/klagomål görs snarast.

Enhetschefen informerar regelbundet sina medarbetare om de synpunkter/klagomål som kommit in och vilka åtgärder om vidtagits. En redovisning görs sedan till stadsdelsnämnden i samband med tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen.

### **Egenkontroll**

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	12 ggr/år	Kollegial observation Lokal rutin

Dokumentation	2 ggr/år	Kollegial granskning, MAS/MAR mall
Delegering	1 ggr/månad	Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Loggkontroll	1 ggr/månad	Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Avvikelser	1 ggr/månad	Kvalitetsråd Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Fallskador	1 ggr/månad	Kvalitetsråd Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister Dokumentation i jour- nal Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Viktmätning	1 ggr/kvartal	Kvalitetsregister/ Vodok journal Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Mätning av nattfastan	2 ggr/år	Lokal rutin nutrition efter MASs riktlinjer
Skyddsåtgärder	1 ggr/månad	Kvalitetsrådet
Läkemedelsgenomgångar med symtomskattning	1 ggr/år	Läkarorganisationen
Kvalitetsuppföljning apote- ket farmaceut	1 ggr/år	Lokal rutin läkemedel efter MASs riktlinjer
Kontrollräkning av narkoti- kaklassade läkemedel	1 ggr/månad	Lokal rutin läkemedel efter MASs riktlinjer
Funktionskontroll MPT	Lyftselar 2 ggr/år Övrigt 1ggr/år Skötsel och kon- troll 1 ggr/vecka av baspersonal	Lokal rutin MTP efter MAR s riktlinjer
Patientens klagomål och synpunkter	En gång i måna- den	Rutin för hantering av synpunkter och kla- gomål i Bromma stadsdelsförvaltning

---

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Arbete för att minska smittspridningen av Covid 19:

- Utarbetat och implementerat lokala rutiner, enligt rekommendationer och riktlinjer från Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm.
- Beställning och inventering av skyddsutrustning för att säkra tillgång
- Egenkontroller av följsamhet till basala hygien rutiner och användning av skyddsutrustning
- Utfört provtagning, kohortvård och smittspårningsarbete
- Vid behov utökat personalbemanning för att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg.
- Fortsatt fokus på utveckling av dokumentation för all hälso- och sjukvårdspersonal.
- Verksamheterna har fortsatt med utveckling av ICF dokumentationen och palliativ vård vid vård i livets slut samt analysarbete från nationella register
- Utveckla hälsoplanerna genom att koppla åtgärder till hälsoplan
- Enheten är Silviacertifierad. Detta för att öka kunskaper i demenssjukdomar och bemötande av den demenssjuke för att kunna minska läkemedelsanvändning och öka patientsäkerheten.
- Omvårdnadspersonal och HSL personal har deltagit i utbildning till Palliativa ombud genom palliativt kunskapscentrum (PKC).
- Samtlig personal har genomgått webb utbildning i basala hygienrutiner.
- Grundutbildning i demensvård utifrån Silviacertifiering har genomförts för personal anställd efter våren 2018.
- Dietist har konsulterats av både undersköterskor och sjuksköterskor i individärenden gällande nutrition.

### Risikanalys

Risikanalys har utförts för att identifiera risker i verksamheten. Syftet har varit att finna orsaker till risker och att eliminera, reducera eller hålla dessa under kontroll samt att minska konsekvenserna av en händelse. Enheten har fokuserat på följsamheten till inskrivningsrutinen för riskbedömningar samt upprättande av planer vid identifierad risk.

När det finns risk för att avvikelserna kan upprepas görs en noggrann genomgång och analys av behov av ytterligare åtgärder för att förhindra risk för skada på team möten. Kvalitetsråd genomförs regelbundet.

Riskbedömningar kring fall, nutrition och trycksår genomförs och dokumenteras av HSL personal i samband med inflyttning. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i hälsoplaner och i Senior Alert.

---

Exempel på riskbedömningar som gjorts under året är:

- Hantering av skyddsutrustning
- Smittförebyggande åtgärder
- Bemanning sommar och julhelg
- Värmebölja
- Säkra besök av närstående
- Inför elavbrott
- Säker bemanning vid ökade sjuktal hos personalen

Stadens verktyg för riskanalys har använts vid exempelvis risker i arbetsmiljö. Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgrupp. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning. Under året har tillgången av skyddsutrustning säkrats och det finns bättre möjligheter att beställa rätt produkter.

På enhetens kvalitetsråd behandlas avvikelser och inkomna synpunkter och klagomål. Där görs en analys av händelsen och vilka åtgärder som är vidtagna. När det finns risk för att avvikelsen kan upprepas görs en noggrann genomgång och analys av behov av ytterligare åtgärder för att förhindra risk för skada.

Riskbedömningar kring fall, nutrition och trycksår genomförs och dokumenteras av HSL personal i samband med inflyttning. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i hälsoplaner och i Senior Alert.

Riskanalys görs inför exempelvis semesterperioder beträffande personalbemanning/sjuksköterskebemanning.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Inga händelser har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **Informationssäkerhet**

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk har loggkontroller vid några tillfällen genomförts i hälso- och sjukvårdsjournaler. Loggrapporter arkiverats på enheten. Inga avvikelser har rapporterats vid de kontroller som genomförts under året. Vid eventuella avvikelser sker utredning gemensamt av verksamhetschef och MAS.

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring utifrån lagstadgade krav genomförs två gånger per år. Tre journaler väljs slumpmässigt ut och granskas utifrån en mall som syftar till att belysa kvaliteten och utvecklingen av följsamheten till dokumentationens regelverk.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga undernäring Minska nattfastan	Riskbedömning MNA Kostregistrering Viktkontroll	Tydlig rapportering per arbetspass. Dokumentation Erbjuda nattmål Dietistkonsultation	Nattfastemätningen nov-21 visar att vi inte uppnår målet med max 11 timmars dygnsfasta. Mätningen visar på snitt drygt 13 timmar på enheten.	Resultatet visar att vi inte nått målet. Behov av ökad kunskap om vikten av minskad nattfasta, med stöd av dietist och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
Utvecklad HSL-dokumentation	Att synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Att ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen. Ny lokal rutin för HSL dokumentation och egen kontroll rutin med fokus på systematik och teamarbete runt egenkontrollen 2021	Intern utbildning, kollegial granskning Tydlig struktur med hälsoplaner. Dokumentationsansordnare har gett stöd till enskilda vid behov. Hon har haft riktade insatser i verksamheter där enskilda användare varit i behov av extra stöd för sin dokumentation.	Hälsoplaner innehåller till stor del uppföljning som inte dokumenterats. Fallplanerna är välfyllda och man kan se att olika professioner arbetar i team. Övriga planer är ganska tunna. Planer finns för risk fall, undernäring och trycksår men få hälsoplaner för t ex sår, oro sömn etc. Uppföljning och utvärdering sker på andra ställen i patientjournalen, tex team möten och åtgärder, inte under utvärdering i planen.	Ytterligare fokus på dokumentation, riskbedömningar och uppföljning har lett till viss utveckling, dokumentationen måste följas kontinuerligt utifrån stickprov och egenkontroller. Behov av ökad handledning vad det gäller kunskap om vårdprocessen i helhet.
Ökad kunskap kring demenssjukdom	Silviacertifiering, fortsatta reflektionsmöten för omvårdnadspersonal	Alla medarbetare har genomgått kompetensutveckling gällande demenssjukdomar och bemötande av personer med demenssjukdom. Genomfört reflektionsmöten	Ökad kunskap kring demenssjukdom. Personcentrerad vård och omsorg.	Genom Silviacertifieringen har verksamheten en gemensam grund för fortsatt utveckling.
Förebygga vårdrelaterade infektioner	Följsamhet av basala hygienrutiner	Egen kontroll varje månad. Påminna om följsamheten från sjuksköterskor och chef.	Ökad kunskap och ökad följsamhet av basala hygienrutiner	Observationer visar på god följsamhet, men behov finns att fortsatt kontrollera följsamhet och att handleda i basala hygienrutiner och klädregler.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska smittspridning av Covid 19	Riskbedömning Kompetensförsörjning	Teambaserad lägesanalys. Följa centrala riktlinjer som implementeras lokalt	Tretton patienter med misstänkt smitta varav en	Trots vidtagna åtgärder har smittspridning inte varit möjlig att för-

---

	Rutiner Kohortvård		positiv.	hindra helt. Åtgärder har troligen minskar omfattningen av spridning
--	-----------------------	--	----------	--

## Avvikelser

Avvikelser registreras och hanteras inom en rad olika områden

Avvikelser	2019	2020	2021
Fall	103	93	171
Läkemedel	32	6	30
Specifik omvårdnad	0	0	0
Specifik rehabilitering	0	0	0
Trycksår	0	0	0
Vårdkedjan	0	0	1

Verksamheten har haft 171 fallavvikelser, vilket är en starkt ökad mängd. Analysen av det är att rapportering av fallen har ökat då enheten arbetat med vikten av att rapportera varje fall. De boende är i högre grad i sämre fysisk kondition. Ett litet antal boende står för många fall. Hälso- och sjukvårdspersonal har arbetat aktivt i teamet för att förebygga fall och där det inte har gått att förebygga fall har fokus varit på att förebygga skador i samband med fall.

Läkemedelsavvikelser har ökat till 2020 års nivå. De flesta avvikelserna som gällde läkemedel handlar om att läkemedel inte administrerats. Verksamheten arbetar med följsamhet till rutin gällande läkemedelsadministrering och delegering. Avvikelser upprättade utifrån händelser gällande vårdrelaterade infektioner i verksamheten, visar att det fanns brister i basala hygienrutiner, varför ett fortsatt systematiskt arbete med basala hygienrutiner är prioriterat



---

## Klagomål och synpunkter

	ANTAL POSITIVA SYN- PUNKTER	ANTAL KLAGOMÅL
Tillgänglighet		
Bemötande	8	2
Kompetens		
Kontinuitet		
Information		1
Handläggning		
Insatsens innehåll	1	1
Annat		

Under året har vi fått nio positiva synpunkter och fyra klagomål. De positiva synpunkterna har handlat om personalens kompetens och insatsens innehåll speciellt under vård i livets slutskede. Även hur maten smakar har fått mycket positiva synpunkter.

Omhändertagande under hela omsorgstiden har tagits upp som positivt samt personalens kompetens. Anhöriga har även uttryckt uppskattning för de informationsbrev enheten regelbundet skickat under året. Klagomålen har handlat om bristande tillgänglighet vid telefonsamtal och vid larm, för lite aktiviteter samt bristande städning i lägenhet. Dessa synpunkter har tagits upp med berörd personal och åtgärder har gjorts för att åtgärda felen. Synpunkterna har även bearbetats på de kvalitetsrådsmöten och arbetsplatsträffar som genomfördes under året. Återkoppling har skett till personer som lämnat klagomålen.

### Händelser och vårdskador

Identifierat riskområde är fall, läkemedelshantering och vårdrelaterade infektioner. Befintliga rutiner för läkemedelshanteringen är uppdaterade gällande ex. läkemedels signeringar. Rutinen gällande att skriva avvikelser skyndsamt och systematiskt i journalsystemet Vodok vid händelser är ett utvecklingsområde. Ingen allvarlig risk för vårdskada eller vårdskada som föranlett lex Maria anmälan.

### Riskanalys

Riskbedömningar relaterat till pandemin har fortsatt även under 2021.

Riskbedömningarna har bland annat bestått av

- Hur verksamheten ska förhindra smittspridning
- Ombesörja säkra besök i och utanför vård- och omsorgsboendet

- 
- Hantering av olika typer av skyddsutrustning och nya direktiv om hur och när man ska använda skyddsutrustningen ex munskydd, visir och andningsskydd.
  - Ersätta kompetens och ta hand om ett stort antal ny personal i verksamheten under vardagar och jourtid.
  - Smittspårning av patienter och personal.
  - Ny kunskap om behandlingar och direktiv.
  - Upprätthålla säker hälso-och sjukvård under personalens semester t.ex. under sommar som juledighet.
  - Rätt informationsöverföring till anhöriga, närstående, patienter och personal.

## **Mål och strategier för kommande år**

För 2022 ligger fokus på att:

- Öka kunskapen om fallprevention och arbeta aktivt med det i hela teamet runt patienten.
  - Utveckla dokumentation i patientjournal med att synliggöra teamarbete, uppföljning/utvärdering av hälsoplaner och att förtydliga patientens delaktighet i omvårdnaden. Utveckla kunskapen runt ICF/KVÅ för att få en helhetsbild av patienten.
  - Förbättra det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelser i kvalitetsråden, analysera och sammanställa avvikelser samt systematisera hantering av klagomål och synpunkter.
  - Säkra läkemedelshanteringen och minska antal avvikelser gällande läkemedel, all delegerad personal har genomgått webbutbildning *”säker läkemedelshantering”*
  - Uppföljning av registrerad data i Palliativa registret för att identifiera vilka områden som behöver förbättras vid vård i livets slutskede och komma närmare målet 100 %.
  - Fortsätta stimulera kompetensutveckling. Kompetensutvecklingsområden för kommande år:
    - Ökad kunskap om kost och nutrition
    - Jobba säkert med läkemedel
    - Läkemedelsgenomgångar
    - Utbildning kring hantering av hjälpmedel.
    - Dokumentationsutbildning
    - Utbilda baspersonal i SBAR
    - Utbilda baspersonal i blodtryck/puls samt mätning av saturation
    - Utbildningsinsatser/fortbildningsinsatser som hjärt- och lungräddning
  - Minska nattfastan till <11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation
  - Utveckla arbetet med egenkontroller
-

- 
- Utveckla ett gemensamt arbetssätt tillsammans med Sörklippans vård- och omsorgsboende