



# Patientsäkerhetsberättelse

Sörklippans vård- och omsorgsboende  
samt dagverksamhet

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-11 Eva Ingemarsdotri

---

---

## Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
SÖRKLIPPANS VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE.....	1
SAMMANFATTNING .....	3
STRUKTUR.....	
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Patienters och närståendes delaktighet.....	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldigheter.....	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Egenkontroll.....	13
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	14
Riskanalys.....	14
Utredning av händelser - vårdskador.....	15
Informationssäkerhet.....	15
RESULTAT OCH ANALYS .....	16
Egenkontroll.....	16
Avvikelse.....	17
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år.....	18

---

## **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 fyra delmål inom följande områden: *informationsöverföring, dokumentation, förbättra registreringar i kvalitetsregister* samt att *stimulera kompetensutveckling*.

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

#### **Mål**

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

#### **Åtgärd**

Säkerställa upprättande av och kännedom om genomförandeplaner för alla boenden. Upprätta patientlistor där information om bland annat läkemedel och specifika diagnoser framgår. Utbildning i strukturerad informationsöverföring enligt SBAR.

#### **Resultat**

Genomförandeplaner är uppdaterade och finns tillgängliga i en pärm på expeditionen för att timvikarier snabbt ska få kännedom om den personliga omvårdnaden för varje patient. Patientlistor för leg personal är upprättade med information angående specifika diagnoser, kontroll läkemedel, typ av administration för läkemedel och ställningstagande till ej HLR.

#### **Fortsatt åtgärd**

Utbildning i SBAR ännu ej genomförd. HSL-ansvarig sjuksköterska kommer att hålla i utbildningen med respektive personalgrupp/avdelning. SBAR kort för personal är beställda 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**

Journalgranskning av uppdateringar av hälsoplaner.

#### **Resultat**

Uppdateringar av hälsoplaner är genomförda vid två tillfällen, varav den senaste 210913. Journalgranskning enligt egenkontroll är genomförd vecka 6. Patientjournaler är delvis kompletterade. MAR och dokumentationssamordnades uppföljning visar dock på fortsatt behov av uppdateringar i såväl journaler som hälsoplaner.

---

### **Fortsatt åtgärd**

HSL- ansvarig sjuksköterska följer upp, handleder och granskar det pågående arbetet med journalerna. Ett systematiskt arbete är påbörjat 220115. Respektive omvårdnadsansvrig sjuksköterska får två journaler åt gången som ska kompletteras så att de blir fullvärdiga enligt granskningsmall för ny journal de första 14 dagarna, HSL ansvarig sjuksköterska kontrollerar dessa och delar på nytt ut två journaler tills samtliga är godkända. Därefter kommer komplettering att ske med hälsoplaner/utvärdering.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.

#### **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**

Skapa rutin för registrering av riskbedömningar i Senior Alert. 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 – Avvikelsehantering***

#### **Mål**

Förbättra processen för avvikelsehantering – *delvis uppfyllt*.

#### **Åtgärd**

Skapa rutiner för avvikelsehantering, analys och åtgärd i samband med kvalitetsråd.

#### **Resultat**

Rutin för avvikelsehantering är upprättad, men arbete med implementering kvarstår.

### **Fortsatt arbete**

Uppföljning av avvikelser med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal i samband med löpande kvalitetsråd. Ska genomföras 1 gång/månad. Teamet analyserar och dokumenterar händelsen utifrån orsak och möjlighet till åtgärd. Åtgärd följs därefter upp av sjuksköterska i det dagliga arbetet och på nästkommande kvalitetsråd. Start i mars 2022.

---

## ***Delmål 5 – Stimulera kompetensutveckling***

### **Mål**

Stimulera kompetensutveckling – *ej uppfyllt*.

### **Åtgärd**

Utbildningsinsatser i syfte att bidra till ökad trygghet och säkerhet i hälso- och sjukvårdsarbetet. Utbildning i SBAR är planerad med syfte att säkerställa informationsöverföring.

### **Resultat**

Planerade utbildningsinsatser ej genomförda.

### **Fortsatt arbete**

Kompetenshöjning för omvårdnadspersonal planeras. Sjuksköterskorna ska handleda i att handha elektronisk blodtrycksmanschett och att ta ett värde för syremättnad med mätare för detta. HSL-ansvarig sjuksköterska ska utbilda omvårdnadspersonal i SBAR för att säkerställa informationsöverföring. Handledning/utbildning i Vodok är planerad med stadsdelens samordnare för dokumentation.

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

Ett förbättringsarbete som påbörjades 2021 pågår fortsatt genom utveckling av dokumentation i patientjournal i Vodok. Ett systematiskt arbete är påbörjat 220115 med komplettering av patientjournal utifrån den granskning som är gjord av samordnare för dokumentation och MAR. Uppföljning sker 220307. Registrering av samtliga patienter i Senior Alert är genomförd. Rutin för kvalitetsråd och hantering av avvikelser är fastställd med syfte att analysera varje händelse utifrån orsak, åtgärd och uppföljning samt att reducera risk för att händelse uppstår igen.

## **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. Under året har två av tre sjuksköterskor varit långtidssjukskrivna. Hälso- och sjukvårdsarbetet har ändå gått att utföra på en god nivå då vi haft kontinuitet av inhyrda sjuksköterskor.

En granskning av patientsäkerheten har genomförts, den samlade bedömningen av uppföljningen är att verksamheten till viss del uppfyller de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en god och säker vård och omsorg. Ett omfattande kvalitetsarbete pågår på enheten och de konstaterade bristerna kommer att följas upp under 2022.

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 1 gång/år samt vid behov.
- Kvalitetsuppföljning med farmaceut 1 gång/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.

På Sörklippans vård- och omsorgsboende är ett förbättringsarbete påbörjat inom hälso- och sjukvårdsområdet, vilket ska bidra till ökad trygghet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdsarbetet. Syftet är att säkerställa informationsöverföringen och ha tydliga rutiner när timvikarier och inhyrda medarbetare kommer till verksamheten.

Vi har lagt en plan för arbetet som börjat med sjuksköterskegruppen och nästa steg är att arbeta med hela hälso- och sjukvårdsteamet - HSL, d.v.s. sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Ytterligare ett nästa steg är att HSL-

---

teamet ska utveckla och förbättra samarbetet med undersköterskorna för att säkra vården och omsorgen.

## **Organisation och ansvar**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade, dagverksamheter och dagliga verksamheter.

Kommunens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens och dietists yrkesansvar. Läkaransvaret i särskilt boende åligger regionen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har den eller de av kommunfullmäktige beslutade nämnder ledningsansvaret för hälso- och sjukvården. I Stockholms stad utövas ledningen av kommunens hälso- och sjukvård av stadsdelsnämnderna och socialnämnden.

### **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 fräntar 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 Sörklippan 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**

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och tillgång till medicinskt ansvarig

---

---

för rehabilitering (MAR). 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. Biträdan-



---

de 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 Vodok, 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 \(stockholm.se\)](#). 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 1 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 vikt förlust, 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 dokumentationsstödare 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 utbildningen i basala hygienrutiner varit den som genomförts.

- Fotsjukvård medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.
- Matleverantör är Mälarbackens kök och individanpassad kost beställs utifrån behov.

### **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 en demensenhet 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 Vodok.

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 avvikelser, 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 om 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 ska bearbetas på enhetens kvalitetsrådsmöten en gång i månaden och på HSL-möten 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 som vidtagits. En redovisning görs sedan till stadsdelsnämnden i samband med tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen.

### Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
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 journal 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 apoteket farmaceut	1 ggr/år	Lokal rutin läkemedel efter MASs riktlinjer
Kontrollräkning av narkotika- klassade läkemedel	1 ggr/månad	Lokal rutin läkemedel efter MASs riktlinjer
Funktionskontroll MPT	Lyftselar 2 ggr/år Övrigt 1ggr/år Skötsel och kontroll 1 ggr/vecka av baspersonal	Lokal rutin MTP efter MAR s riktlinjer
Patientens klagomål och synpunkter	En gång i månaden	Rutin för hantering av synpunkter och klagomål i Bromma stadsdelsförvaltning

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att nå det övergripande målet har verksamheten arbetat med följande åtgärder:

- Utarbetat och implementerat lokala rutiner enligt rekommendationer och riktlinjer från Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm.
- Beställning och inventering av skyddsutrustning för att säkra tillgång
- Utökade egenkontroller av följsamhet till basala hygien rutiner och användning av skyddsutrustning.
- Utfört provtagning, kohortvård och smittspårningsarbete enligt direktiv från Region Stockholm och Smittskydd Stockholm.
- Utökad personalbemanning för att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg.
- Verksamheten har arbetat med ett fortsatt fokus på utveckling av dokumentation i patientjournal, med uppdatering av grunddokumentation, utveckling av hälsoplaner och kopplade åtgärder.
- Samtlig personal har genomgått webb utbildning i *Basala Hygienrutiner*.
- Dietist har konsulterats av sjuksköterskor i individärenden gällande nutrition.

---

## Risakanalys

Risakanalys 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 har inte genomförts under 2021 på grund av att det inte har funnits tidigare i verksamheten. Rutin för kvalitetsråd är nu skapad och kommer att genomföras 1 ggr/månad med samtliga professioner i teamet. 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 risakanalys har använts vid exempelvis risker i arbetsmiljö. Risakanalysen 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.

## Utredning av händelser - vårdskador

Tre misstänkta vårdskador hos två berörda patienter har inträffat i verksamheten. En patient fick en trolig spontanfraktur relaterat till Osteoporos och ett funnet trycksår på foten som misstänktes ha funnits en tid utan att baspersonal informerat sjuksköterska. Sjuksköterska har åtgärdat händelsen med handledning i risk för tryckskada samt vikten av daglig tillsyn av hudkostym. Även vidtagna åtgärder tillsammans med rehab personal i form av avlastning i rullstol.

Den tredje vårdskadan gällde en patient som under helg tagit hissen ner till entré på egen hand och gått ut från boendet, fallit och ådragit sig sårskador i ansiktet, ansiktsfrakturer samt axelskada. Patienten kom åter till boendet efter sjukhusvistelse med försämrad fysisk förmåga. För att reducera risk för att händelsen upprepas har samtliga hissar kodats.

## Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför enhetschefen loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler i NPÖ och Vodok. Vid avvikelser sker en utredning av enhetschef och MAS. Loggrapporter begärs in av MAS.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska smittspridning av Covid 19	Riskbedömning Kompetensförsörjning Rutiner Kohortvård	Teambaserad lägesanalys. Utökad bemanning Följa centrala riktlinjer implementera lokalt. Sjuksköterskorna arbetar ständigt med att påminna om basal vårdhygien.	Ingen smittspridning	Fortsatt gott arbete med skyddsåtgärder har hållit smittan borta. Hög andel medarbetare som är vaccinerade.
Förebygga undernäring Minska nattfastan	Riskbedömning MNA Kostregistrering Viktkontroll	Tydlig rapportering per arbetspass. Dokumentation Erbjuda nattmål Dietistkonsultation	Nattfastan ligger på drygt 12 timmar i snitt	Utbildning och genomgång av vikten att bryta nattfastan för all personal och specifik natten.
Utvecklad HSL-dokumentation	Kompetensutveckling med stöd av dokumentations-samordnare. 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 avvikelsemodule. 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 hälso-planer. Dokumentations-samordnaren har haft riktade insatser i verksamheter där enskilda användare varit i behov av extra stöd för sin dokumentation.	Journalgranskning gjord av samordnare för dokumentation med uppföljning tillsammans med MAR, sjuksköterska och arb/fys terapeut i jan-22. Det framgår att det fortfarande finns behov av komplettering. Arbete pågår med komplettering av journalens grunduppgifter.	Ett tydligare fokus måste läggas på vikten av dokumentation i patientjournal, där det synliggörs att teamet arbetar tillsammans. Även uppföljningar/utvärderingar i hälsoplan och patientens delaktighet i omvårdnaden måste förtydligas.
Förebygga vårdrelaterade infektioner	Följsamhet av basala hygienrutiner	Kollegiala observationer och hygienutbildning för samtlig personal	Ökad kunskap och ökad följsamhet av basala hygienrutiner	Kollegiala observationer visade att det fanns kunskapsluckor och vissa brister i följsamhet av basala hygienrutiner. Utbildnings-satsningar gav ökad medvetenhet och ökade följsamheten med positivt resultat

### Avvikelser

Avvikelser	Sörklippan	Kinesen	Lillsjönäs DV

Fall	71	0	0
Läkemedel	30	1	0
Specifik omvårdnad	5	0	0
Specifik rehabilitering	0	0	0
Trycksår	1	0	0
Vårdkedjan	3	0	0

Fallen som är den mest frekventa avvikelserna, har skett då patienten gjort en egen förflyttning eller hittats på golvet och oklart vad som hänt. En annan vanlig avvikelse är att patienten glidit ur sin rullstol. Största bristen avseende läkemedel är att det saknas läkemedel i läkemedelsskåpet samt avsaknad av signering då läkemedel getts till patienten.

Det finns brister i verksamheten hur vi följer upp och analyserar avvikelser som inträffat. Rutin för kvalitetsråd och hantering av avvikelser är fastställd för 2022, med syfte att analysera varje händelse utifrån orsak, åtgärd och uppföljning samt att reducera risk för att händelse uppstår igen.

## Klagomål och synpunkter

Under 2021 finns fyra dokumenterade synpunkter/klagomål. Ett i samband med den Lex Maria/Lex Sarah anmälan som gjordes. Tre handlar om bemötande från medarbetare som inte varit bra.

Synpunkter och klagomål är ett av områdena vi ska fortsätta utveckla under 2022. En bedömning är att antalet inkomna synpunkter/klagomål inte överensstämmer med det faktiska antalet, vilket borde vara högre. Vi ska under året arbeta med att tydliggöra att synpunkter/klagomål ska dokumenteras även när de är muntliga. Vi kommer att uppmuntra boende, anhöriga och närstående att komma in med synpunkter/klagomål om missnöje finns.

## Händelser och vårdskador

Identifierat riskområde är fall, läkemedelshandling och vårdrelaterade infektioner. Befintliga rutiner för läkemedelshandling är uppdaterade med nya rutiner gällande ex. läkemedelssigneringar. Vid delegeringar av läkemedel har vi under senare delen av året förbättrat utbildningen samt haft utökad tid för handledning och genomgång av delegeringsförfarandet med baspersonal, för att säkerställa att baspersonalen har förstått ansvaret och vikten av delegeringen.

## Risikanalys

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 julleddighet
  - 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 i hjärt- och lungräddning

- 
- Minska nattfastan till <11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation
  - Utveckla arbetet med egenkontroller
  - Utveckla ett gemensamt arbetssätt tillsammans med Brommagårdens vård- och omsorgsboende