

# Patientsäkerhetsberättelse för Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboenden År 2023



Datum 2024-02-29  
Ansvarig för innehållet  
Biträdande enhetschef/HSL chef Jeni Othman  
Enhetschef Madeleine Wahlström  
Diarienummer; BRO 2024/124

## Inledning

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

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Verksamheter .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	12
En god säkerhetskultur .....	12
Avvikelse .....	13
Klagomål och synpunkter .....	16
Adekvat kunskap och kompetens .....	17
Patienten som medskapare .....	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	19
Egenkontroller .....	19
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	23
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	23
Säker vård här och nu .....	26
Riskhantering .....	26
Stärka analys, lärande och utveckling .....	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	30

## SAMMANFATTNING

Verksamheternas övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas hur verksamheterna arbetat under verksamhetsår 2023 för att nå en patientsäker vård och omsorg. Utifrån analys av händelser och riskbedömningar av föregående verksamhetsårs (2022) patientsäkerhetsberättelse har verksamheten identifierat vilka områden som behöver förstärkas och utifrån det skapat fyra delmål för verksamhetsår 2023 som ska leda till ökad patientsäkerhet. För att nå delmålen har verksamheterna arbetat med flertalet aktiviteter.

- Delmål 1 – Säker vård för hög patientsäkerhet
- Delmål – 2 Undvika/minska risk för undernäring och trycksår
- Delmål 3 – Utveckla ett gemensamt arbetssätt för båda verksamheterna genom ett levande ledningssystem
- Delmål 4 – Kompetenshöjning och utbildning för patientsäkerhetsarbete

Verksamheterna har haft målsättningen att nå samtliga mål under året. När verksamhetsår 2023 sammanfattas bedöms tre av fyra mål ha nåtts delvis och ett mål ha nåtts i sin helhet.

För att nå delmål 1, ”Säker vård för hög patientsäkerhet”, har verksamheterna genomfört ett omfattande kvalitetsarbete och arbete med egenkontroller, med betoning på analys och identifiering av åtgärder. Det för att förbättra arbetssätt för rapportering, sammanställning och analys. Genom regelbundna kvalitetsråd, teammöten och arbetsplatsträffar har verksamheterna identifierat områden för förbättring och implementerat nya rutiner för att säkerställa patientsäkerhet, särskilt inom läkemedelshantering och hantering av fallavvikelser. Dock kan verksamheterna konstatera att det krävs ett fortsatt arbete och speciellt en förflyttning gällande sammanställning och analys av egenkontroller, varför målet enbart anses vara delvis uppfyllt.

Måluppfyllelsen för delmål 2, att undvika undernäring och trycksår, har delvis uppfyllts genom förbättrade resultat från nattfastemätningar och kontinuerlig uppföljning av nutritionsbehov. Verksamheterna ser även här att det behövs ytterligare arbete för att kunna bedöma målet som uppfyllt i sin helhet.

Verksamheterna har etablerat gemensamma arbetssätt och rutiner, bland annat genom att införa kollegial dokumentationsgranskning mellan verksamheterna. Vidare har forum skapats för bättre informationsöverföring. Utifrån detta bedöms verksamheterna uppfyllt delmål 3, ”Utveckla ett gemensamt arbetssätt för båda verksamheterna genom ett levande ledningssystem” i sin helhet.

Verksamheterna har under året behövt prioritera bland de utbildningsinsatser som planerades under delmål 4, vilket medfört att samtliga utbildningar inte genomförts så som tänkt. Målet anses därför vara

delvis uppfyllt. Prioriteringen gjordes med bakgrund av Inspektionen för vård och omsorg (IVO:s) nationella granskning där det framkom att baspersonal bedöms ha behov av ytterligare kompetens inom vissa delar av vårdarbetet. Som en del av den åtgärdsplan som upprättats har verksamheterna under hösten 2023 utfört en riktad utbildningsinsats med målsättning att höja undersköterskornas kompetens inom specifika områden, åtta undersköterskor deltog under hösten. Under åtta tillfällen hade sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska och biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård föreläsningar om olika ämnen som ingår i patientsäkerhetsarbetet. Dessa var kost och nutrition, kommunikationsverktyget S-BAR, palliativ vård, hudsjukdomar- etiologi och behandling, demens, vitala parametrar samt förebyggande av trycksår. Kunskapen före och efter utbildningstillfällena utvärderades med enkät och visade betydlig förbättring i kunskapsnivån hos deltagarna efter avslutad utbildning. Utbildningen har varit uppskattad och kommer att fortsätta under verksamhetsår 2024.

Sammanfattningsvis kan verksamheterna konstatera att det gjorts flera insatser för att nå de målsättningar som sattes. Utifrån verksamhetsår 2023 har flera utvecklingsområden identifierats och nya målsättningar har satts för kommande år. Verksamheterna kommer under 2024 särskilt att inrikta sig mot följande områden:

### **Delmål 1 - Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker**

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktiviteter:

- Initiera införandet av ett digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelssigeringar
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom boendena
- Etablera gemensamt nätverk för dokumentationshandledare inom avdelning äldreomsorg
- Utveckla arbetet med egenkontroller.
- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen
- Minska antalet boenden med en nattfasta på mer än 11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)

### **Delmål 2 - Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan**

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktivitet:

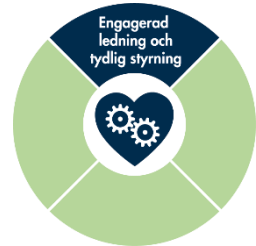
- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.

## 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.



## Verksamheter

Sörklippan vård- och omsorgsboende är ett boende med inriktning mot demenssjukdom och har 44 lägenheter. Till Sörklippan hör även korttidsboendet Pensionat Kinesen, fyra platser, som är en biståndsbedömd avlastande insats för anhöriga.

Brommagården vård- och omsorgsboende är ett boende som under 2023 omvandlats till enbart att rikta sig till personer med demenssjukdom. Boendet har 36 lägenheter.

Till verksamheterna tillhör även två dagverksamheter, Brommagården och Lillsjönäs.

Nedan sammanfattas styrningen av patientsäkerhetsarbetet vid Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende.

## Övergripande mål och strategier

Verksamheternas övergripande mål för patientsäkerhetsarbete är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården och få sin vård och omsorg utifrån sina personliga villkor och behov. Det övergripande målet uppnås genom att identifiera tydliga delmål, beskriva roller och ansvar, säkerställa resurser och kompetens samt följa upp och utvärdera målen.

Exempel på strategier och arbetssätt som har använts för att nå de olika delmålen:

### Delmål 1 - Säker vård för hög patientsäkerhet

- Egenkontroll av dokumentationsgranskning. Egenkontroll av dokumentationsgranskning genomförs utifrån fastställd mall samt kollegial granskning 2 ggr/år. Detta enligt årshjulet för egenkontroller hälso- och sjukvård. Egenkontroller ska analyseras och sammanställas.
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom nationell punktprevalensmätning 2ggr/år samt egenkontroll 1gång/månad

- Genom regelbundna kvalitetsråd, teammöten och arbetsplatsträffar har verksamheterna identifierat områden för förbättring och implementerat nya rutiner för att säkerställa patientsäkerhet, särskilt inom läkemedelshantering och hantering av fallavvikelser

### **Delmål 2 - undvika/minska risk för undernäring och trycksår**

- Mätning av nattfasta. Mätningen är gemensam för Stockholms stad, utarbetad och fastställd av dietist. Målsättningen är att nattfastan ska understiga 11 timmar. Resultatet av nattfastemätningningen ska redovisas i Stockholms stads verksamhetsplaneringssystem (ILS) med åtgärdsplaner.
- Riskbedömning/screening av fall, trycksårskada, undernäring, inkontinens och munhälsa i kvalitetsregistret Senior Alert, som är ett evidensbaserat verktyg för riskbedömningar i vård och omsorg.
- Mätning av förekomst av tryckskada genom nationell punktprevalensmätning 1 gång/år
- Läkemedelsgenomgång med symtomskattning PHASE20/PHASE Proxy minst 1 gång/år samt vid behov.
- Kvalitetsuppföljning med farmaceut 1 gång/år.
- Funktionskontroll MTP enligt verksamheternas rutin.

### **Delmål 3 - Utveckla ett gemensamt arbetssätt för båda verksamheterna genom ett levande ledningssystem**

- Översyn av rutiner för att likställa verksamheternas arbetssätt
- Granskning av varandras dokumentation
- Nyinrättad tjänst som biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård som arbetar övergripande med rutiner, uppföljningar och analyser med mera

### **Delmål 4 - Kompetenshöjning och utbildning för patientsäkerhetsarbete**

- Utbildningssatsning för undersköterskor

Detta är en del av de kontroller som används för att säkerställa de övergripande målen och strategierna. Samtliga kontroller har genomförts inom verksamheterna under 2023. Resultatet på kontrollerna har visat på såväl utvecklingsområden som delar där arbetet fungerar väl. Utifrån resultat sätts åtgärder in för att säkra en patientsäker vård och omsorg.

### **Organisation och ansvar**

Nedan beskrivs hur ledningsorganisationen för patientsäkerhetsarbetet är organiserat på huvudmannan- och vårdgivarnivå.

## **Övergripande ledningsorganisation**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer; äldre, personer med psykiska och fysiska funktionsnedsättningar och dagverksamheter. Kommunens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivå för den legitimerade sjuksköterskans-, legitimerade arbetsterapeutens-, legitimerade fysioterapeutens- och legitimerade dietistens 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 stadsdelsnämnden och äldrenämnden.

## **Enhetschef**

Enhetschef ansvarar för fyra verksamheter inom stadsdelen, Sörklippan och Brommagården vård- och omsorgsboende samt Brommagården dagverksamhet och Lillsjönäs dagverksamhet.

Enhetschef ska svara för att verksamheterna tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Enhetschef svarar även för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses. Enhetschef ansvarar även för att det finns tillräckliga personalresurser för att kunna bedriva en patientsäker vård och omsorg.

Enhetschef fråntar inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar.

Enhetschef ansvarar för att:

- Det finns de rutiner och instruktioner som krävs i verksamheten.
- Personalen har rätt kompetens samt att denna upprätthålls.

Enhetschef har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheterna med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras. Inom verksamheterna finns tre biträdande enhetschefer varav en är utsedd HSL ansvarig. De lagstadgade uppgifter som åligger MAS och MAR är undantagna från enhetschefens ledning. Enhetschef har utsett en biträdande enhetschef som har hälso- och sjukvårdsansvaret. Den biträdande enhetschefen har HSL- ansvar över samtliga verksamheter som är underställda enhetschefen.

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer över ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering. MAR funktionen är inte lagstadgad. 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. Äldreomsorgen har sedan tidigare haft ett delat ansvar för MAR- resursen tillsammans med annan stadsdel. Under året avslutades detta samarbete och ingen MAR har funnits att tillgå under året. Stadsdelen har dock initierat ett nytt samarbete med annan stadsdel gällande rekrytering av en gemensam MAR-resurs.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan, 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 skyldighet att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, 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 och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processororienterat. Hälsofrämjande 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 aktiviteter i funktionsbevarande syfte 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. Stadsdelens vård- och omsorgsboenden som drivs i egen regi har ett gemensamt rehabteam. Den legitimerade personalen arbetar övergripande över de tre olika vård- och omsorgsboendena. Personalen fördelar sin arbetstid mellan verksamheterna och har särskilda dagar de är på de olika verksamheterna dock kan övrig personal alltid ta kontakt om behov finns.

### **Omvårdnadspersonal**

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, följa sin befattningsbeskrivning och verksamheternas fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter

efter delegering av ansvarig HSL personal. Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en mycket viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet. 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.

### **Dietist i kommunal verksamhet**

Dietisterna arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutritions- status och näringsbehov. Dietisten arbetar personcentrerat och utifrån socialtjänstlag (SoL)-perspektiv med rutiner, utbildning, handledning, mat-och måltidssituation samt dygnsfasta, samt utifrån hälso-och sjukvårdslags (HSL)-perspektiv där personlig nutritionsbehandling ges, för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig viktnedgång, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen får en så god livskvalitet som möjligt. Dietisterna är organiserade inom den förebyggande enheten i Bromma stadsdelsförvaltning, men arbetar även mot två andra stadsdelar i Västerort.

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

Bromma stadsdel ingår i en övergripande överenskommelse mellan kommun och region med syftet att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Överenskommelsen innefattar:

### **Samverkan med läkarorganisationen**

Representanter för läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), avdelningschef och enhetschefen samverkar regelbundet minst 2 gånger/år, vid uppkomna behov samt vid förändringar.

### **Medicinsktekniska produkter (MTP)**

Det finns gällande avtal mellan region och kommun avseende inköp/hyravtal/service av medicinsktekniska produkter. Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska produkter, så att endast hela och säkra produkter används.

### **Kostnadsfördelning av läkemedel**

Gemensamt buffertförråd för läkemedel tillsammans med regionen är avsett att användas vid akuta behov som exempelvis vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

### **Samverkan nutritionsbehandling**

Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheterna. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg (Agresso).

### **God läkemedelsanvändning för äldre**

Genom att använda ordinationsverktyget (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjas en säkrare läkemedelsbehandling.

### **Apoteket AB**

Genomför kvalitetsgranskning en gång om året där MAS, sjuksköterskor samt biträdande enhetschef deltar. Återkoppling från granskningen sker via protokoll och direkt vid inspektionstillfället. Resultaten av granskningen används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.

### **Vårdhygien**

Genomför vid behov 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. Vårdhygien erbjuder utbildningar och rådgivning till olika yrkesprofessioner.

### **Flexident**

Samverkansmöten med kommunens kontaktperson (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året. Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident sker i olika former bland annat genom munhälsobedömningar och utbildningsinsatser till såväl vårdpersonal som legitimerade yrkesgrupper

### **Fotsjukvård**

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.

### **Nätverk kommun och region**

I nätverket SVEA samverkar representanter från både regional verksamheter som geriatrik, primärvård, primärvårdsrehab med enhetschef för enheten för biståndshandläggning och enhetschef för kommunal hemtjänst för att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för både region och kommunal verksamhet. Nätverket arbetar på uppdrag av en styrgrupp med chefer för de olika verksamheterna samt MAS. Arbetsgruppen kan ta fram underlag och förslag på arbetssätt och rutiner som syftar till att överbrygga insatser för patienten genom hela vårdkedjan. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och vara patientsäker i vårdens övergångar mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård. Under 2023 var arbetet fokuserat på återtagandet av delegering från hemtjänst till primärvården.

Arbete med strukturer för att identifiera ofrivillig ensamhet hos äldre i Bromma stadsdel samt rutiner för in- och utflytt på korttidsboende är prioriterade områden för 2024.

I övrigt genomförs samverkansmöten tillsammans med:

- Jourföretag gällande sjuksköterskebemanning på kvällar/helger
- Matleverantör vilket är Mälarbacken vård- och omsorgsboende

### **Informationssäkerhet**

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att information överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Dokumentationens innehåll ska vara överskådlig och vårdprocessen bör hållas samman. För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomförs loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler i Vodok ca 1 gång/månad. Vid avvikelser sker en utredning av bitr. enhetschef och MAS. Loggkontroller, dokumentation och inloggning i nationell patientöversikt (NPÖ) på Sörklippan och Brommagården under 2023 har genomförts och inga avvikelser har hittats.

Verksamheterna kan konstatera att det finns svårigheter att ge behörigheter till timavlönade/vikarierande vårdpersonal. Detta kan medföra att de inte kommer in i de system som de behöver för att säkra en god vård och de kan då inte heller dokumentera eller få information om boendes hälsotillstånd.

Verksamheterna ser även utvecklingsområde avseende att säkerställa att de som avslutat sin anställning inte längre har behörigheter i verksamheternas system.

### **En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur där verksamheten både identifierar risker, rapporterar avvikelser, drar lärdomar samt vidtar åtgärder utifrån avvikelserna. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Ledningen och medarbetare har ett samarbetsansvar för att delta aktivt i patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Verksamheterna uppmuntrar och förväntar sig att alla medarbetare tar ansvar för förbättringar och arbetar aktivt med att korrigera och rapportera händelser. Med detta har alla medarbetare ett ansvar för att följa skriftliga instruktioner, rutiner, använda nödvändiga checklistor som är utarbetade för att säkra kvaliteten.



För att undvika vårdskador eller risk för vårdskador arbetar verksamheterna aktivt med alla avvikelser på kvalitetsråd. Kvalitetsråd genomförs en gång per månad, då diskuteras och analyseras alla inkomna avvikelser för att identifiera bakomliggande orsaker. Vid dessa råd deltar biträdande enhetschef, HSL-ansvarig bitr. enhetschef, sjuksköterskor och kvalitetsombud från personalgruppen. Rehabpersonal deltar vid behov. Denna process av kvalitetssystemet behöver vara levande och spårbarheten uppnås genom att

protokoll förs. Alla vidtagna åtgärder dokumenteras i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen. Beslutade åtgärder från kvalitetsråden delges övrig personal på arbetsplatsträffar, överrapportering mellan arbetspass samt i det sociala dokumentationssystemet ParaSol.

## Avvikelser

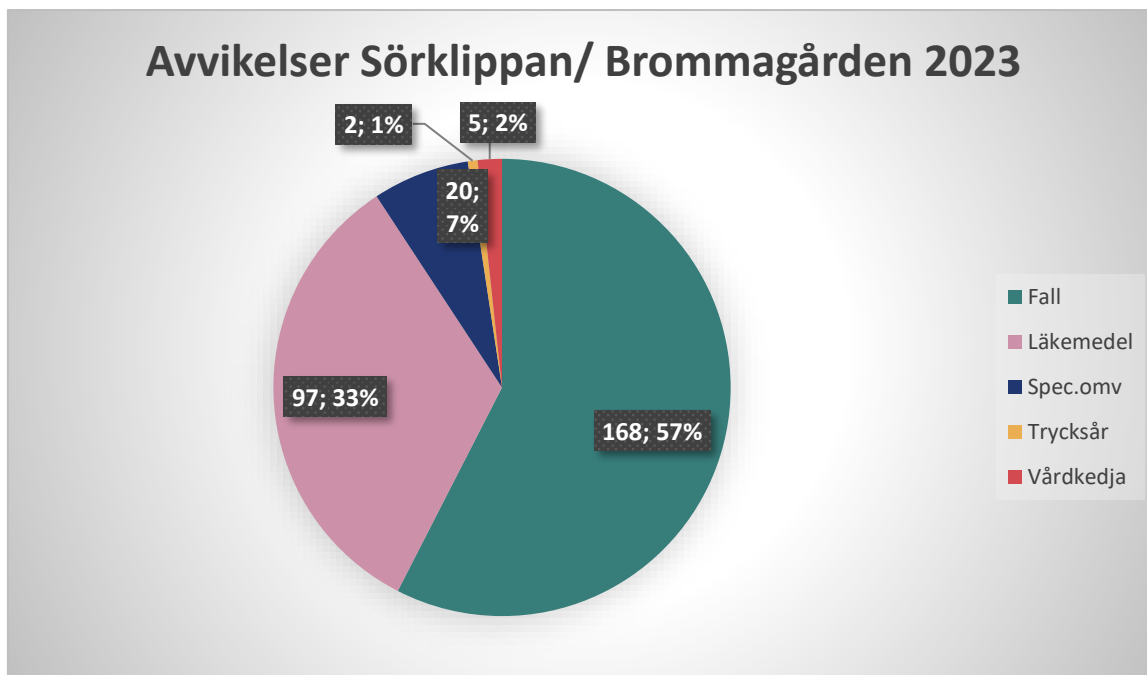
Avvikelsehanteringen inom Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende ser ut som följande:

Avvikelse skrivs av personal som upptäcker händelsen och ska helst ske i anslutning till händelsen. Tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal tar emot den skriftliga avvikelser och gör en bedömning om vilka åtgärder som ska utföras. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen, Vodok. Biträdande enhetschef ser över avvikelser i avvikelsemodulen och kallar till kvalitetsråd som är en gång per månad. På kvalitetsråden diskuteras och analyseras inkomna avvikelser. Kvalitetsrådet består av olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska fysioterapeut och biträdande enhetschef. Vid allvarliga händelser ser biträdande enhetschef till att MAS kontaktas. Biträdande enhetschef ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser, så att aktuella åtgärder vidtas för att säkra och förbättra vården. Avvikelsen och de eventuella nya rutiner som införts med anledning av avvikelser lyfts på arbetsplatsträffen (APT) för implementering i hela arbetsgruppen. Om avvikelser bedöms som allvarlig eller som risk för allvarlig skada eller om avvikelser uppstått på grund av brister i hälso- och sjukvårdsutövandet gör MAS en egen utredning som kan leda till en anmälan enligt lex Maria. Anmälan skickas till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) som beslutar i ärendet.

Verksamheterna kan konstatera att det totala antalet avvikelser har ökat något i relation till föregående år. Det kan vara till följd av att verksamheterna lagt särskilt fokus på att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet avseende bland annat rapportering och analys av avvikelser. Avvikelser har lyfts på nämnda kvalitetsråd och sedan lyfts på arbetsplatsträffar. Verksamheten kan utifrån figur A konstatera att de vanligaste förekommande avvikelserna är läkemedelsavvikelser och fall varpå en särskild analys av dessa två områden följer nedan.

Figur A. Antal och procent av totalt registrerade avvikelser vid båda verksamheter år 2023. Källa: Avvikelsemodulen

## Avvikelser Sörklippan/ Brommagården 2023



### Läkemedelsavvikelser:

Det totala antalet läkemedelsavvikelser har ökat under året i jämförelse med föregående år (se Tabell 1). Antal läkemedelsavvikelser på Brommagården har minskat något. Detta anses bero på att verksamheternas delegerande sjuksköterskor gjort uppföljningar på samtliga utförda delegeringar och då identifierat personal som har behövt extra stöd. Personalen som har behövt extra stöd har fått utbildning inom det område som de hade brister i. På Sörklippan har däremot antalet läkemedelsavvikelser ökat under verksamhetsår 2023. Orsaken till ökningen av antal läkemedelsavvikelser har analyserats och kan bland annat antas bero på att vikten av att rapportera avvikelser har lyfts i verksamheternas personalgrupper. Avvikelserna som identifierats avser främst utebliven signering vid utdelning av läkemedel, trots att boende har fått sina läkemedel i tid och enligt ordination. Orsaken till uteblivna signeringar har konstaterats bero på att följsamheten till rutiner och gällande arbetssätt brustit i vissa fall.

Tabell 1. Antal läkemedelsavvikelser 2022-2023 vid Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende

Antal läkemedelsavvikelser 2022			Antal läkemedelsavvikelser 2023		
Brommagården	Sörklippan	Totalt	Brommagården	Sörklippan	Totalt
18	56	74	14	85	99

För att säkerställa att läkemedelsutdelning signeras korrekt har ny rutin för egenkontroll av läkemedelsutdelning implementerats från oktober (2023). Under varje arbetspass på varje enhet utses en personal med kontrollansvar, vilket innebär en efterkontroll så att en eventuell avvikelse i läkemedelsutdelningen undviks. Även signeringslistor för utdelning av läkemedel efterkontrolleras så att utdelning och signering av läkemedel har utförts. På det sättet minimeras risken att läkemedel missas eller administrering av läkemedel inte signeras. Vid verksamheternas genomförda egenkontroller i november och december konstateras att efter att den nya rutinen implementerats har läkemedelsavvikelserna minskat betydligt.

Verksamheterna arbetar på följande sätt för att säkerställa läkemedelshanteringen:

- Omvårdnadspersonal genomgår webbutbildning ”Jobba säkert med läkemedel”
- Genomgång tillsammans med delegerande sjuksköterska vilket inkluderar praktisk undervisning
- Sjuksköterska följer återkommande upp läkemedelsdelegeringar såväl muntligt som skriftligt tillsammans med personal. Delegeringen följs upp minst två gånger per år samt vid behov

Verksamheterna har under 2023 haft två avvikelser som har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), enligt lex Maria. Båda anmälningarna är avslutade eftersom IVO anser att de åtgärder som arbetsgivaren vidtagit är tillräckliga för att en liknande händelse inte inträffar igen. I den anmälan som avsåg läkemedelshantering har ett direktiv utfärdats av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som bland annat innebär att utdelning av dosförpackade läkemedel ska signeras av två personer vid utdelning i den boendes läkemedelsskåp. I direktivet framgår även att delegerad personal ska genomgå en förstärkt utbildning inför utfärdande av delegering.

### **Fallavvikelser:**

Totalt har registrerade fallavvikelser minskat i jämförelse med tidigare år. Det finns dock en skillnad mellan de olika verksamheterna där en minskning noteras hos Brommagården och en ökning hos Sörklippan. Verksamheterna kan generellt konstatera att de flesta boende inom verksamheterna har kognitiv svikt, vilket höjer risken för fallavvikelse på grund av yrsel och/eller försämrade rumsuppfattningsförmåga. En anledning till fallavvikelserna på Sörklippan har ökat något under år 2023 kan bero på försämring i hälsotillståndet hos ett antal boende som redan tidigare bedömts ha hög fallrisk. I jämförelse med Sörklippan som hade en ökning av fallavvikelser har antalet vid Brommagården halverats under 2023. Anledningen till minskningen har bedömts vara att en patient med mycket hög fallrisk stått för en stor del av fallavvikelserna.

För att minimera fall arbetar verksamheterna förebyggande genom återkommande diskussioner om fall på teammöten samt kvalitetsråd.

Tabell 2. Antal fallavvikelser 2022-2023 vid Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende

Antal fall 2022	Antal fall 2023
-----------------	-----------------

Brommagården	Sörklippan	Totalt	Brommagården	Sörklippan	Totalt
132	101	233	66	121	187

Finns det behov av åtgärder har dessa inrättats skyndsamt. I särskilda fall kan skyddsåtgärder sättas in. Det görs med syftet att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera patienten. Dessa åtgärder ordineras enbart efter en tvärprofessionell bedömning i teamet samt att patienten samtycker till åtgärden. Exempel på skyddsåtgärder vid fallrisk är sänggrind eller rörelselarm. Skyddsåtgärder som ordinerats följs upp återkommande för att säkerställa att skyddsåtgärder inte finns kvar på boenden som inte behöver detta.

## Klagomål och synpunkter

Att inhämta och analysera synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör även det ett led i ett ständigt fortskridande kvalitets- och förbättringsarbete. Bromma stadsdelsförvaltning har en fastställd rutin för hantering av synpunkter och klagomål. Verksamheterna kan konstatera att resultaten i Socialstyrelsens brukarundersökning visar ett lågt resultat för ”kännedom om vem man vänder sig till vid synpunkter och klagomål”. Resultatet är dock en förbättring i jämförelse med tidigare år och dessa åtgärder har genomförts under 2023 för att höja resultatet:

Verksamheterna har synliggjort tillgången till blanketter och var blanketter för synpunkter/klagomål ska lämnas in. Vid inskrivningssamtal får även de boende och dess anhöriga en särskild information om synpunkter/klagomål samt vikten av detta för att utveckla verksamheterna. Kontaktpersoner har som uppgift att informera anhöriga om möjligheten att påverka utvecklingen av verksamheterna genom att lämna skriftliga synpunkter eller klagomål. Informationsblanketten som utdelas vid inflyttning innehållande information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål har förtydligats. Även personal uppmanas att registrera synpunkter/klagomål. Under verksamhetsår 2023 har totalt 21 synpunkter/klagomål registrerats, 11 positiva synpunkter och 10 klagomål. De positiva synpunkterna har berört områdena bemötande, kompetens och insatsens innehåll. Klagomålen har berört områdena bemötande, information samt insatsens innehåll. Verksamheten kan konstatera att det har inkommit fler synpunkter/klagomål under året men att dessa inte registrerats. Verksamheten kan konstatera att personal åtgärdar klagomål direkt utan att registrera dessa. Hantering av synpunkter och klagomål är ett av de områden verksamheterna ska fortsätta utveckla under 2024.



## Adekvat kunskap och kompetens

En viktig aspekt av patientsäkerheten är att säkerställa en tillräcklig bemanning med personal som har adekvat kompetens. Verksamheterna har personal med mångårig erfarenhet och kompetens. För att bibehålla kompetensen hos personalen har verksamheterna under 2023 anordnat kompetensutveckling i form av:



- Webb-baserad hygienutbildning för alla medarbetare.
- Föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident.
- Webb- baserad utbildning ”Jobba säkert med läkemedel” inför läkemedelsdelegering för alla medarbetare.
- Intern ergonomi-och förflytningsutbildning.
- Mat- och måltider har varit temat på planeringsdagar.
- Stadens dietist har deltagit på flera arbetsplatsträffar (APT).
- Webbutbildning i Demens ABC samt ABC plus. Merparten medarbetare har gått utbildningen, men målet är att all personal genomför utbildningen under 2024.

Kontinuitet i personalstyrkan är en viktig parameter för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att tillsätta vakanta tjänster har beroendet av bemanningstjänster fasats ut vilket har ökat både kontinuitet och kompetens i yrkesgrupperna. Ett arbetssätt som på sikt väntas bidra till att öka personalkontinuiteten är arbetet med att införa heltid som norm. Under året har en projektgrupp bildats inom avdelningen för äldreomsorg, vilken haft till uppdrag att ta fram en handlingsplan för införandet av heltid som norm liksom en minskning av andel timavlönade i enlighet med kommunfullmäktiges och nämndens mål. Handlingsplanen är klar och fastställd och under året har ett intensivt arbete för att genomföra planen påbörjats. Heltid som norm innebär att alla medarbetare som önskar arbeta heltid ska erbjudas en sådan anställning inom tre månader från det att önskemålet formaliserats i stadens HR-system LISA: Genom arbetssättet behöver verksamheten anpassa sina scheman så att ordinarie personal istället för timavlönade används i större utsträckning. Det bidrar till att personalkontinuiteten ökar vilket är grunden till en trygg, god och säker vård och omsorg, för målgruppen sköra äldre och specifikt för personer med kognitiv svikt.

Studentmottagande kan bidra till att locka medarbetare till äldreomsorgen och på så sätt knyta personer under utbildning till verksamheterna. Ett upparbetat samarbete med högskola och gymnasieskolor finns och verksamheterna erbjuder platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt platser för arbetsplatslärande (APL). Under verksamhetsår 2023 har 8 platser tillhandahållits för VFU studenter och 10 platser för arbetsplatslärande.

## Patienten som medskapare

Grundläggande faktorer för att nå en hög delaktighet i vård- och omsorgsarbetet är hög kontinuitet bland personal/utsedd kontaktman och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.



Alla boenden har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, en kontaktman och en vice kontaktman som främst skall se till att lyssna in behov och önskemål samt återkoppla information och insatser. De har även det övergripande ansvaret för anhörigkontakten utifrån önskemål och överenskommelse. Resultat från brukarundersökningen som utarbetas av socialstyrelsen bekräftar att patienterna anser att det är lätt att komma i kontakt med vårdpersonal och att de tar hänsyn till den boendes egna önskemål och åsikter.

Sörklippan vård- och omsorgsboende visar att 100 % av de tillfrågade upplever att det är lätt att komma i kontakt med sjuksköterska vid behov. På Brommagården vård- och omsorgsboende är resultatet att 79 % upplever att det är lätt att komma i kontakt med sjuksköterska. 93 % på Brommagården vård och omsorgsboende upplever att personalen tar hänsyn till den boendes önskemål och åsikter. 82 % upplever detta på Sörklippan vård- och omsorgsboende. Detta tolkas om ett relativt högt resultat.

Verksamheterna påbörjar arbetet med att göra den boende delaktig i sin vård- och omvårdnad redan i samband med inflytt. I samband med inflytt initierar omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakt med anhöriga/närstående för att inhämta information och få en helhetsbild av den boendes situation. Den boende tillhandahålls alltid ett inledande samtal och anhöriga inbjuds om den boende så önskar. Vid detta tillfälle presenteras en välkomstmapp som innehåller all relevant information angående verksamheten och de dagliga rutinerna på ett vård- och omsorgsboende. En levnadsberättelse, som ligger till grund för utformandet av personcentrerad vård och omvårdnad, ifylls av den boende eller anhöriga och överlämnas till kontaktpersonen under de inledande veckorna efter inflyttning till vård- och omsorgsboendet.

Verksamheterna strävar aktivt efter att involvera den boende och deras anhöriga för att främja delaktighet i processen.

Den boende och deras anhöriga ges möjlighet att kommunicera eventuella önskemål eller frågor till omvårdnadspersonal, legitimerad personal och biträdande enhetschefer samt att delta i beslutsfattande och åtgärder som vidtas. I den utsträckning det är möjligt informeras alltid närstående och patienten vid eventuell försämring av den boendes hälsotillstånd och ges möjlighet att delta, bland annat vid brytpunktsamtal med läkare

En brevlåda för insändande av synpunkter/klagomål är tillgänglig. Återkoppling till avsändaren görs omedelbart. Resultaten från brukarenkäter visar en ökad medvetenhet bland respondenterna om var de kan lämna synpunkter och klagomål, om än på fortsatt låg nivå. Under året har närståendeträffar

arrangerats där särskild information har lämnats angående var man kan vända sig för att lämna synpunkter och klagomål. Verksamheterna är medvetna om att detta är ett område som kräver fortsatt utveckling och kommer att fortsätta sitt arbete under 2024.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att genomföra egenkontroller, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamheternas kvalitet.

### Egenkontroller

Tabell 3. Planerade och genomförda egenkontroller under 2023

Egenkontroll	Åtgärd	Resultat
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	All omvårdnadspersonal har genomgått webb-baserade hygienutbildningen. Egenkontroll har genomförts varje månad. Påminnelse om vikten av följsamhet från sjuksköterska och chef.	Observationer visar på god följsamhet. Hygienkontroller har genomförts och under hösten 2023 har ett mer systematiskt arbetssätt implementerats. HSL chef sammanställer och presenterar resultatet på APT möten och kvalitetsmöten.
Åtgärder mot smittspridning Covid-19	Aktuella åtgärder för hygien har vidtagits enligt riktlinjer från vårdhygiensheten. Verksamheterna har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19.	Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccination 6ggr för Covid-19. Vid misstanke om övre luftvägsinfektion tillämpas kohortvård. Dock har inga sådana fall registrerats under 2023.
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheterna följer riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner. HALT-mätning genomförs en gång per år via Senior alert	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Stockholm Det har inte funnits någon misstanke under år 2023.  Resultatet från HALT-mätningen visar på låga nivåer av antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner. Se exempel i tabell 5 på sida 25.

<p>Hygienronder och självskattning</p>	<p>Hygienrond är en tjänst som erhålls av Vårdhygien för att identifiera vårdhygieniska förbättringsområden. Verksamheterna får rådgivning och kunskapsstöd för att få förutsättningar att bedriva en god hygienisk standard.</p> <p>Självskattning är ett verktyg för självlärande av följsamhet till basala hygienrutiner. Självskattning av hygienrutiner har under första halvåret utförts av sjuksköterska genom observationer.</p> <p>Under andra halvan av året infördes en intern självskattningsrutin, där personalen fyller i självskattningsblankett framställd av Vårdhygien en gång per månad och lämnar den till ansvarig sjuksköterska.</p>	<p>Ingen hygienrond har genomförts under 2023. Hygienrond planeras att genomföras under andra halvan av 2024.</p> <p>HSL chef sammanställer resultatet av självskattningen och skickar den till MAS. Brister som upptäcktes var bl.a. svårigheter att sätta på handskar om man spritat händerna. För att åtgärda detta rekommenderas personal att låta händerna lufttorka 1-2 minuter eller använda en större storlek av handske.</p> <p>Resultat av självskattningen presenteras och diskuteras på APT möten.</p>
<p>Egenkontroll</p>	<p>Åtgärd</p>	<p>Resultat</p>
<p>Delegering</p>	<p>All omvårdnadspersonal har genomgått den webb-baserade utbildningen i läkemedelshantering. Genomgång av kunskapstest enligt MAS-rutiner. Uppdaterad delegeringspärm finns på sjuksköterske-expeditionen.</p>	<p>Antalet läkemedelsavvikelser ökade något på totalen under 2023, dock sjönk de betydligt under november, december, troligen pga. införandet av ny egenkontrollsrutin, där personalen kontrollerar varandra två ggr/ dag. Införande av ett digitalsigneringsverktyg planeras.</p>
<p>Loggkontroll (Vodok och NPÖ)</p>	<p>En rutin för systematisk loggkontroll är</p>	<p>Loggkontroll på sammanlagt 80 journaler för första halvåret av 2023 genomfördes i september. Därefter utförs loggkontroller</p>

	<p>implementerad från december 2022</p> <p>I loggkontrollen kontrolleras att personen är anställd i verksamheterna och är behöriga att gå in i patientjournaler</p> <p>I NPÖ (Nationell patientöversikt) loggkontroll kontrolleras att personalen har en aktiv vårdrelation och samtycke från patient</p>	<p>varje månad enligt lokal rutin. Ingen avvikelser har uppmärksammats.</p> <p>NPÖ loggkontroll har genomförts regelbundet och ingen avvikelse har noterats.</p>
Avvikelser	<p>HSL-personal har haft flera kvalitetsrådsmöten under året där avvikelser analyserats och förslag till åtgärder planerats.</p> <p>Där deltar HSL-personal, omvårdnadspersonal samt biträdande HSL – chef.</p> <p>Nya rutiner för att reducera avvikelser, bl. a. läkemedel och nattfasta har implementerats.</p>	<p>De vanligaste förekommande avvikelserna är fall och läkemedel. Antal fallavvikelser totalt har minskat något i jämförelse med 2022. Det totala antalet läkemedelsavvikelser har ökat något i jämförelse med 2022 pga. avvikelser gällande utebliven signatur vid överlämnande av läkemedel. Två trycksårsavvikelser har rapporterats under 2023.</p>
Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och Vodok samt följer upp resultatet.</p> <p>Kontroll och analys av HSL- dokumentation sker två gånger varje år</p>	<p>Sammanställning lämnas till bitr. HSL enhetschef som ser över utredning av allvarliga avvikelser.</p> <p>Resultatet visar att riskbedömningar och åtgärder kopplade till riskbedömningar har genomförts i hög utsträckning. Se tabell 4 på sida 24.</p>
Egenkontroll	Åtgärd	Resultat
Mätning av nattfasta	Mätning av nattfastan har skett två ggr/år under tre dygn under	Antalet boende som har en nattfasta som understiger rekommenderade 11 timmar har ökat, vilket är en effekt av de

	<p>2023. Se Figur B på sida 29.</p> <p>Utöver dessa mätningar har varje patient en individuell riskanalys och hälsoplan för undernäring i Vodok.</p>	<p>åtgärder som verksamheterna implementerat.</p>
Skyddsåtgärder	<p>Skyddsåtgärder är rörelseinskränkande åtgärder som syftar till att minska skador eller risk för skador hos patienten. Exempelvis sänggrind eller positioneringsbälte i rullstol.</p> <p>En systematisk genomgång av skyddsåtgärder genomförs regelbundet under månatliga kvalitetsråd och teammöten.</p>	<p>Förskrivning av skyddsåtgärd sker alltid efter noggrant övervägande och i dialog med alla yrkesprofessioner samt patientens medgivande. Verksamheterna genomför individuella uppföljningar kontinuerligt för att säkerställa att skyddsåtgärd inte överanvänds. Målsättningen i verksamheterna är att ha så få skyddsåtgärder som möjligt med syfte att säkerställa den enskildes integritet och självbestämmande.</p>
Läkemedelsgenomgångar med symtomskattning	<p>Läkemedelsgenomgång med läkare enligt Capio/Legevisittens rutiner.</p>	<p>Genom egenkontroll av dokumentationen säkerställs att läkemedelsgenomgång genomförts en gång per år. Det genomfördes tre dokumentationsgranskningar under 2023 och inga avvikelser upptäcktes.</p>
Kvalitetsuppföljning apoteket med farmaceut	<p>Verksamheternas läkemedelshandtering och rutiner granskades 2023 av både MAS och extern apoteksgranskare från Apotek AB</p>	<p>Protokollen visar få anmärkningar och de är nu åtgärdade.</p>
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	<p>Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat av ansvarig sjuksköterska, både personbundna och de som finns i verksamhetens buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid</p>	<p>Regelbundna och korrekta kontroller månadsvis. Inga avvikelser har rapporterats under 2023.</p>

	apoteksgranskning och internrevision.	
--	---------------------------------------	--

Egenkontrollerna som genomförs inom verksamheterna är en viktig del för att uppmärksamma och åtgärda eventuella brister i ett tidigt stadi. Verksamheterna genomför egenkontroller enligt plan, men behöver utveckla analys och sammanställning av egenkontrollerna för att sedan kunna vidta rätt åtgärder i kvalitetsarbetet. Verksamheternas egenkontroller sammanställs i en gemensam digital mapp för att kunna fånga upp brister men även sätta in åtgärder. Arbetet har påbörjats under 2023 och planeras att fortsätta under 2024.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom en tydlig process för rapportering av avvikelser, utredning och analys kan kunskapen öka om hur vårdskador som drabbar patienter kan förebyggas. Ökad kunskap ligger även till grund för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

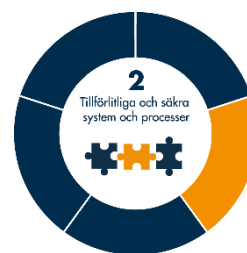


Inom verksamheterna registreras händelser/avvikelser därefter utreds händelser för att bedöma om vårdskada har inträffat eller om det föreligger risk för vårdskada. Avvikelserna hanteras i en modul kopplat till omvårdnadsdokumentationen. Vid allvarliga händelser tas kontakt med MAS.

På kvalitetsråd där flera olika yrkesprofessioner deltar diskuteras bakomliggande faktorer till avvikelser och vilka åtgärder som eventuellt behöver implementeras.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

En del i att minska oönskade variationer i patientsäkerheten samt att proaktivt förebygga risker är att kontinuerligt rapportera och analysera verksamheternas resultat inom området. Ytterligare en del är återkommande processer och arbetssätt såsom utbildningar i preventivt syfte. Följande kvalitetsregister och processer används för att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbete och kvalitetsutveckling.



### Dokumentationssystemet VODOK

Ett dokumentationssystem och ett stöd för hälso- och sjukvård med olika riskbedömningsindikatorer. Systemet har även en avvikelsemodul och en delegeringsmodul.

### Senior Alert

Ett nationellt kvalitetsregister vars syfte bygger på att stärka förebyggande arbete för äldre personer som har risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och blåsdysfunktion. Senior Alert innehåller även Svenska Halt där man kan mäta vårdrelaterade infektioner som urinvägsinfektion samt antibiotikaanvändning hos vårdtagaren på vård- och omsorgsboende. Mätningen sker en bestämd dag.

Resultaten från registret visar på en hög användning, totalt 100 bedömningar på båda vård- och omsorgsboendena. Riskbedömningar genomförs vid inflyttning samt vid uppföljning efter sex månader eller vid behov. 99 % av utförda riskbedömningar på Sörklippan, respektive 93 % på Brommagården påvisar att de boende har risk för undernäring, fall- eller risk för trycksår samt ohälsa i munnen. Resultaten tyder på en stor skörhet hos äldre som flyttar in på särskilt boende och att många preventiva- och omvårdnadsåtgärder behöver vidtas under vårdtiden.

Tabell 4. Utdrag från kvalitetsregistret Senior alert för verksamhetsår 2023. Antal registreringar och utförda åtgärder för risker trycksår, nutrition, fall samt ohälsa i munhålan.

Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Sörklippan ÄBO	55	99%  96 av 97	89%  85 av 96	94%  90 av 96	75%  80 av 106	11  7 personer	28  personer	29  12 personer	19  personer
Brommagårdens ÄBO	45	93%  100 av 107	97%  97 av 100	100%  100 av 100	81%  82 av 101	3  3 personer	20  personer	7  4 personer	24  personer

Resultatet från HALT mätningen som är en mätning av vårdrelaterade infektion och antibiotikabehandling som utförs en dag under november månad visar på en obefintlig förekomst av både infektioner och antibiotikabehandling.

Tabell 5. Exempel på mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling (november 2023) från kvalitetsregister där ”HALT” är en del av kvalitetsregistret Senior Alert.



Antal platser på boendet	8
Beläggning	8
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	8
Antal vårdtagare med korttidsvård	0
Antal kvinnor	5
Antal män	3
Antal >80 år	4
Antal >85 år	3
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten	0
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten (prevalens)	0%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	0
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	0
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	0
- Antal vårdtagare med profylax	0
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (Prevalens)	0%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	0

### Svenska palliativregistret

Ett verktyg med syfte att förbättra vården i livets slutskede för patienten och hans närstående.

Sjuksköterskan registrerar dödsfallet men inkluderar alla som deltar i teamarbetet vid vård i livets slutskede. Även närstående kan svara på en enkät om upplevelsen av vården.

### BPSD-registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom BPSD. Syftet med registret är att utveckla ett arbetssätt för att kunna förebygga och minska bpsd-symtom hos personer med demensdiagnos.

Verksamheterna har ännu inte använt registret i så hög utsträckning men har en plan under 2024 att utbilda administratörer i BPSD för att öka användningen. Dock så används arbetssätten i verksamheterna.

### Läkemedelsgenomgångar

Skär minst 1 gång/år och vid behov.

### Följsamhet till basala hygienrutiner

Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) genomförs punktprevalensmätning (PPM) 2 ggr/år.

Mätningen utförs nationellt och verksamheterna kan jämföras med övriga kommuner. Dessutom används Vårdhygiens självskattningsblankett 1 gång/månad.

### Kvalitetsgranskning för läkemedel

Extern kvalitetsgranskning av apotekare enligt samverkan 1 ggr/år.

### Team/gruppmöte

Vårdinsatser och vårdbehov kring boende diskuteras under månatliga teammöten i en tvärprofessionell grupp.

### **MAS- och MAR- möten för HSL-personal.**

Ett forum där det diskuteras aktuella frågor kring hälso-och sjukvård, uppföljning av åtgärder som behövs utifrån verksamheternas avvikelser samt genomgång av nya och reviderade rutiner.

### **Interna HSL- möten**

Ett forum där HSL- chef och HSL- personal diskuterar frågor kring vårdinsatser , rutiner, målsättningar och måluppfyllelse gällande patientsäkerhet.

## **Säker vård här och nu**

En förutsättning för att kunna bedriva en säker vård är att kunna genomföra åtgärder flexibelt och arbeta preventivt. När allvarliga avvikelser inträffar görs en riskanalys av redan vidtagna åtgärder. Där utvärderas om ytterligare åtgärder behöver vidtas eller om den åtgärd som genomförts har haft önskad effekt.



Verksamheterna arbetar aktivt för att säkerställa en säker vård. Genom att kartlägga eventuella brister inom verksamheterna ges grund för att utveckla och säkra vården för de boende. Verksamheterna har under verksamhetsår 2023 arbetat för att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete i hela processen som tidigare nämnts. Verksamheterna har även lagt stor vikt vid att identifiera utvecklingsområden och som resultaten av egenkontrollerna visar i tabell 3 finns det områden som behöver förbättras. Bland annat finns utvecklingsområden kring basala hygienrutiner och följsamheten till dessa. Verksamheterna planerar att genomföra ytterligare kontroll för att säkerställa följsamheten. Verksamheterna kan även konstatera att antalet läkemedelsavvikelser sjönk betydligt under november/december månad vilket kan härledas till att en ny egenkontrollrutin infördes. Verksamheterna kommer att fortsätta arbetet med att kartlägga utvecklingsområden för att framåt kunna omvandla arbetet till ett mer preventivt arbete.

### **Riskhantering**

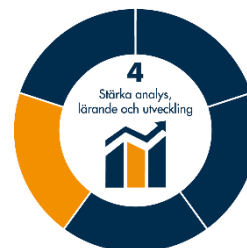
Verksamheterna har under 2023 genomfört riskanalyser samt riskbedömningar både för den enskilde och på verksamhetsnivå. Exempel på utförda riskanalyser:

- Värmebölja
- Hantering av skyddsutrustning
- Smittförebyggande åtgärder
- Säkra besök på enheter
- Kris och kontinuitetsplan
- Inför elavbrott
- Brandrutin med regelbundna kontroller

Resultatet av riskanalyserna har använts i verksamheterna för att förbättra arbetssätt.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Utifrån verksamheternas övergripande mål och delmål för patientsäkerhetsarbetet har en analys av måluppfyllelsen genomförts. Slutsatserna av analyserna innebär ett lärande och möjligheter till utveckling för verksamheterna. Slutsatserna ligger också bland annat till grund för de nya mål och planerade aktiviteter som föreslås för verksamhetsår 2024.



### Bedömning av måluppfyllelsen:

#### *Delmål 1 – Säker vård för hög patientsäkerhet*

Målet anses vara delvis uppfyllt. Verksamheterna har arbetat för att nå delmålet genom fler åtgärder. En åtgärd har varit att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet gällande rapportering, sammanställning och analys av avvikelser. Det har skett genom att verksamheterna har genomfört kvalitetsråd varje månad där avvikelser, synpunkter och klagomål analyserats. De har även analyserats i samband med teammöten som sker en gång per månad. Resultat och analys har sedan presenterats på arbetsplatsträffarna. Vikten av att registrera har även påtalats. Kopia av minnesanteckningar finns tillgänglig för all personal i separat pärm. Verksamheterna kan konstatera att arbetet har förbättrats men att det fortfarande finns möjligheter till förbättring. Arbetet med att ta upp resultat och analys under kvalitetsråd, teammöten och arbetsplatser kommer fortsätta. Fokus för verksamhetsår 2024 är att säkerställa att analys och åtgärder är tillräckliga för att förhindra att händelsen inträffar igen.

Verksamheterna har även utvecklat arbetet med egenkontroller. Genom att följa årshjulets struktur för egenkontroller säkerställs patientsäkerhetsarbetet. Verksamheterna har genom detta gjort en förflyttning i jämförelse med tidigare år då vissa egenkontroller inom verksamheterna inte genomförts alls. Resultat från egenkontrollerna har tagits upp på kvalitetsråd samt även på arbetsplatsträffar. Verksamheterna kan dock konstatera att det fortfarande finns brister i analys och slutsatser om åtgärder. Det behöver implementeras ett systematiskt arbetssätt för analys, åtgärder och implementering utifrån egenkontrollerna. Detta är något som kommer fortsätta utvecklas under verksamhetsår 2024.

Verksamheten har även fokuserat på att utveckla dokumentationen i patientjournal för att synliggöra teamarbete, uppföljning/utvärdering av hälsoplaner och att förtydliga patientens delaktighet i omvårdnaden. Resultat från dokumentationsgranskning i hälso- och sjukvård samt social dokumentation visar en förbättring i jämförelse med tidigare år. Granskningarna visar en tydlig förbättring avseende att beakta patientens delaktighet, den anses vara synlig och dokumenterad vilket var en målsättning för

verksamhetsåret. De boende har bland annat gjorts ytterligare delaktiga i utformningen av hälsoplaner samt kring vilka aktiviteter de boende uppskattar och vill vara en del av. Personal har uppmuntrats till att dokumentera de boendes egna önskemål om sin omvårdnad i dokumentationen. De granskningar som gjorts visar ett fortsatt behov av vad som ska dokumenteras i hälsoplanen samt vad som ska följas upp. Åtgärder som satts in efter granskningarna är bland annat kollegial granskning och även infört ett samarbete kring dokumentationsgranskning mellan sjuksköterskor på Sörklippan och Brommagården. Verksamheterna kan konstatera att det finns behov av att arbeta vidare med dokumentationen. Verksamheterna behöver säkerställa att samtlig personal har möjligheten att dokumentera, att personalen läser dokumentationen som finns efter exempelvis en längre ledighet och att verksamheterna bibehåller och utvecklar arbetssättet som implementerats.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna behöver utveckla arbetet med de systematiska uppföljningarna av egenkontroller samt analyser och slutsatser för att säkerställa att en säker vård och omsorg med hög patientsäkerhet uppnås.

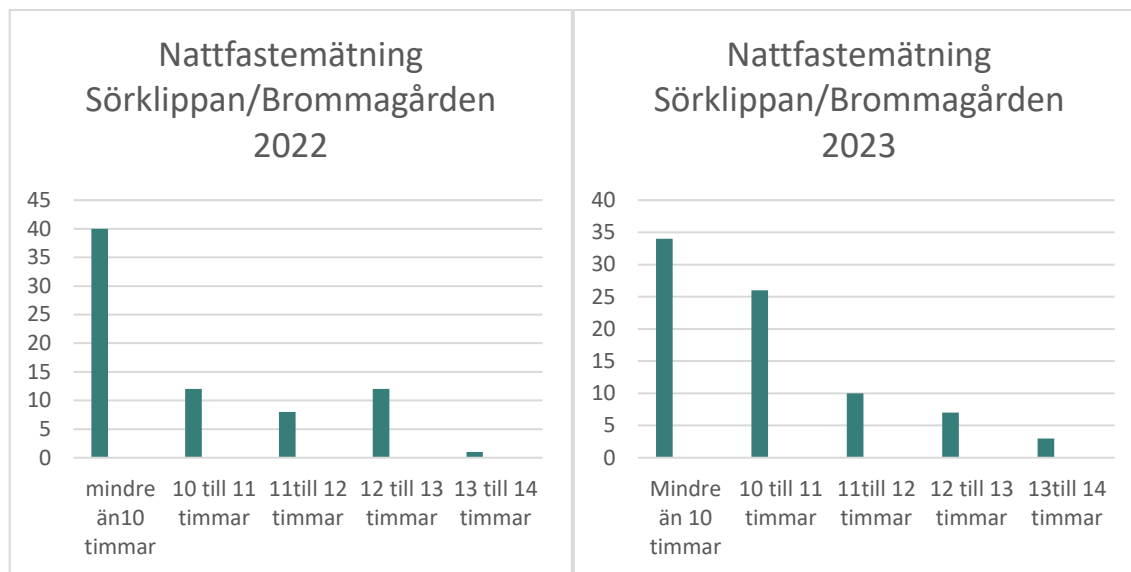
### ***Delmål 2 – Undvika/ minska risk för undernäring och trycksår***

Målet är delvis uppfyllt. Verksamheterna har arbetat med nattfastemätning och trycksårpreventiva åtgärder för att nå målet. Nattfastemätningen utförts under våren och hösten 2023 visar på totalen en förbättring jämfört med mätningen 2022. Fler patienter deltog i mätningen för 2023. Verksamheterna kan konstatera att antalet boende som har en nattfasta som ligger inom ramen för det rekommenderade <11 timmar är större till antalet än tidigare år, vilket bedöms vara ett gott resultat. En trolig orsak är en förbättrad personalkontinuitet vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal, samt att informationsmöten med dietist har ägt rum inför den senaste mätningen. Verksamheterna kommer fortsätta satsa på kompetensutveckling för undersköterskor för att utveckla omvårdnadspersonalens kunskap och lyfta fram vikten av mat och näring hos äldre. Verksamheterna ska även fördjupa samarbetet med stadsdelens dietister för att informera, utbilda och engagera medarbetarna kring mat och måltidsmiljö. Verksamheterna har även infört en ny rutin i november månad för att nå ytterligare förbättring av nattfastan, vilket innefattar en egengjord näringsdryck.

Verksamheten har fortfarande boende som har en längre nattfasta än 11 timmar vilket medför att verksamheten behöver fortsätta arbetet med att förkorta tiden för ofrivillig nattfasta.

Verksamheterna har även påbörjat en genomgång av nutritionsbehov. En gång per månad och vid behov ska måltidsombud tillsammans med sjuksköterska följa upp nutritionsintaget för varje boende för att kosten skall anpassas till den enskilde.

Figur B. Utdrag från ILS. Genomsnittresultat av egenkontroll; nattfasta på båda verksamheter 2022-2023



Ytterligare ett arbetssätt som genomförts är trycksårsprevention. Verksamheten har dokumenterat två trycksår i verksamhetssystemet Vodok under verksamhetsår 2023. Trycksår utgjorde 1 % (2 stycken) av samtliga avvikelser som registrerats i verksamhetssystemet. Antal registrerade trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert är fjorton, vilket tyder på att de inte registrerats som avvikelser. I samband med att patienter i verksamheten trycksår upptäcktes genomförde verksamheterna utbildning för undersköterskor i trycksårsprevention. Verksamheterna eftersträvar att inga trycksår ska uppkomma och ser ett fortsatt behov av att arbeta med preventiva åtgärder för att minska risken. Genom särskilda utbildningstillfällen där trycksårsprevention är en del av utbildningen anses den medicinska kompetensen öka för personal som vårdar sköra äldre.

Den sammantagna bedömningen är att verksamheterna arbetar för att minska risken för undernäring och trycksår. Dock anses målet vara delvis uppfyllt eftersom ett mindre antal boende fortfarande har en längre nattfasta än 11 timmar samt att trycksår uppkommit i den egna verksamheten under 2023.

***Delmål 3 – Utveckla ett gemensamt arbetssätt för båda verksamheterna genom ett levande ledningssystem.***

Målet är uppfyllt. Verksamheterna har under året fortsatt att utveckla ett gemensamt arbetssätt och rutiner för båda verksamheterna. Verksamheterna har bland annat skapat ett gemensamt årshjul för aktiviteter inom hälso- och sjukvård samt påbörjat rutin att genomföra dokumentationsgranskning mellan verksamheterna. Det innebär att personal från Brommagården granskar dokumentation från Sörklippan och omvänt. Regelbundna och gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten samt kvalitetsråd tillsammans med HSL-chef genomförs varje månad. Verksamheterna behöver fortsätta med förbättringsarbetet. Samarbete mellan Brommagården och Sörklippans hälso- och sjukvårds-personal fortsätter att utvecklas. Samarbete mellan olika ombud från båda verksamheter kommer att införas under år 2024. En

sjuksköterska för varje ansvarsområde kommer att vara den sammanförande länken mellan de olika ombuden på båda verksamheter. Följsamhet gällande uppföljning av verksamheternas egenkontroller kommer att fortsätta utvecklas. Till följd av den förflyttning som verksamheterna har genomfört under år 2023 bedöms därmed målet vara uppfyllt.

#### ***Delmål 4 – Kompetenshöjning och utbildning för patientsäkerhetsarbete***

Målet är delvis uppfyllt. Verksamheterna har under året behövt prioritera bland de utbildningsinsatser som planerades under delmål 4, vilket medfört att samtliga utbildningar inte genomförts så som tänkt. Målet anses därför vara delvis uppfyllt. Prioriteringen gjordes med bakgrund av IVOs nationella granskning där det framkom att baspersonal bedöms ha behov ytterligare kompetens inom vissa delar av vårdarbetet. Som en del av den åtgärdsplanen som upprättats har verksamheterna under hösten 2023 utfört en riktad utbildningsinsats med målsättning att höja undersköterskornas kompetens inom specifika områden, åtta undersköterskor deltog under hösten. Under åtta tillfällen hade sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska och biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård föreläsningar om olika ämnen som ingår i patientsäkerhetsarbetet. Dessa var kost och nutrition, kommunikationsverktyget S-BAR, palliativ vård, hudsjukdomar- etiologi och behandling, demens, vitala parametrar samt förebyggande av trycksår. Kunskapen före och efter utbildningstillfällen utvärderades med enkät och visade betydlig förbättring i kunskapsnivån hos deltagarna efter avslutad utbildning. Utbildningen har varit uppskattad och kommer att fortsätta under verksamhetsår 2024.

Till följd av att verksamheterna prioriterade detta särskilda område kunde all planerad utbildning inte genomföras vilket medför att målet enbart anses vara delvis uppfyllt. Verksamheterna har dock genomfört utbildning för att hantera hjälpmedel under slutet av våren 2023 samt att utbildning i egenkontroller genomförts. Verksamheterna planerar att genomföra utbildning i hjärt- och lungräddning samt att utbilda i BPSD under 2024.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Verksamheterna kommer genom analys av händelser och riskbedömning identifiera vilka områden som behöver förstärkas och utifrån det anpassa åtgärder som leder till ökad patientsäkerhet. Verksamheterna kommer fortsätta att arbeta utifrån de arbetssätt som implementerats under året i det dagliga arbetet. Syftet är att uppnå målen för en trygg samt säker vård och omsorg för patienterna.



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

Förutom att bibehålla förbättrade resultat vad gäller patientsäkerhetsarbetet under 2024, visar analys och resultat på nya utvecklingsområden för verksamheterna. Med grund i resultaten från 2023 års

patientsäkerhetsberättelse och de nya gemensamma HSL mål i Bromma stadsdelsförvaltning har dessa mål identifierats vilka verksamheterna kommer arbeta mot under 2024:

### **Delmål 1 - Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker**

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktiviteter:

- Initiera införandet av ett digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelssigningar
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns på boendena
- Etablera gemensamt nätverk för dokumentationshandledare inom avdelning äldreomsorg
- Utveckla arbetet med egenkontroller.
- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen
- Minska antalet boenden med en nattfasta på mer än 11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)

### **Delmål 2 - Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan**

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs