



# Patientsäkerhetsberättelse, Ekeby & Paradsängen.

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet  
210226, Nina Dahlgren

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>9</b>
Riskanalys.....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	12
Avvikelser.....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Riskanalys.....	14
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>14</b>

---

## Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för ökad patientsäkerhet är:

- Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har kontinuerligt under året arbetat för att informera omvårdnadspersonal och brukare om de rekommendationer och riktlinjer som varit aktuella i samband med Covid-19.
- Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har sett till att den skyddsutrustning som rekommenderats har funnits i verksamheten.
- Enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare har regelbundet genomfört kontroll av social dokumentation.
- Ny biträdande enhetschef har börjat i verksamheten under 2020.
- Ansvarig sjuksköterska har i samråd med Hässelby vårdcentral ordnat med remiss och provtagning till de brukare som behövt.
- Verksamheten har regelbundet uppdaterat sina lokala rutiner kring Covid-19 efter de rekommendationer och riktlinjer som inkommit.
- Ingen brukare har under 2020 insjuknat i Covid-19, på våra boenden. 1 brukare blev smittad i samband med inläggning på geriatriken.
- Ansvarig sjuksköterska har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut.
- Genomgång av avvikelser varje vecka vid personalmöten och APT.
- Egenkontroll sker regelbundet. Patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamheten.
- Riskbedömningar har genomförts av kontaktpersoner och sjuksköterska vid behov. När en risk har identifierats har sjuksköterskan upprättat en hälsoplan.
- Riskbedömningar av Covid-19 har genomförts vid samtliga personalmöten och APT.
- Samtliga möten har Covid-19 anpassats, under vår och sommar genom att dela upp medarbetare i 2 grupper och under hösten har alla möten skett via Skype.
- Enhetschef och biträdande enhetschef, samordnare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal har tillsammans arbetat för att Covid-19 säkra verksamheten.
- Brukarna har varit delaktiga i verksamheten genom att själva ha kommit med förslag på hur deras boende miljö ska kunna Covid-19 säkras, på de brukarmöten som sker varje vecka.
- Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med stödpersoner kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/brukarnas pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.
- Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i samråd med psykiatriker på öppenvården i Alvik, och allmänläkare på Hässelby vårdcentral – Flera patienter har under året fått sänkta läkemedelsdoser och årskontroller av psykiatriker och allmänläkare, har skett löpande under året.

- 
- Avvikelse rapporteringen har skett enligt Stockholmstads riktlinjer, under 2020. Medarbetare eller sjuksköterska ska skriva en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol och/ eller IA.
  - På enheterna finns blanketter för synpunkter/klagomål tillgänglig för alla. Möjlighet att vara anonym finns om man vill. En låda att lägga sina synpunkter finns på respektive verksamhet.
  - Boendemöte/ hus möte genomförs en gång i veckan, där synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna i verksamhetsplanen för Säteritaket, Paradsängen och Ekeby gruppboende 2020. Verksamheten kommer att fortsätta bedriva en god och säker vård, av god hygienisk standard. Den enskilda skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och ska präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Under 2020 har vi arbetat med följande mål och aktiviteter inom följande område:

Målet för verksamheten har som tidigare år varit att medarbetare skall stödja brukarna i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Brukaren ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje person individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga återinsjuknande med inläggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus under 2020 är motiverande samtal, som innebär att få brukaren att känna självförtroende och i slutändan få en bättre självkänsla.

Denna metod är en del i psykiatrisk rehabilitering som vi kommer att fortsätta arbeta med under 2021.

All personal är informerade om Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Stockholm stad och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid tillsyn, egenkontroller etc. Sjuksköterskan för HSL journal i VODOK och medarbetare dokumenterar enligt Sol, i ParaSol. Alla brukare/patienter ska ha en aktuell hälsoplan för att säkra en trygg och säker vård.

---

## Organisation och ansvar

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

**Ansvarig sjuksköterska** ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande. Ansvarig sjuksköterska deltar vid APT och personalmöten. Sjuksköterskan på Ekeby/Paradsängen har en specialistutbildning och en masterutbildning i psykiatri. Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har gemensamt möte en gång i veckan.

**Enhetschefen** ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till IVO.

**Biträdande enhetschef:** Under 2020 slutade tidigare biträdande enhetschef och ny tillträde 1/9- 2020. Nya biträdande enhetschef är specialistsjuksköterska och har en masterutbildning i Äldrevård. Hon har tidigare erfarenhet av bland annat beroendevård och som Sjuksköterska inom Socialpsykiatri.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån patientsäkerhetsförordningen och Hälso- och sjukvårdslagen. MAS ska ansvara för att;

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,

samt att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt patientsäkerhetslagen och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

**Hälso- och sjukvårdspersonalen** ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska även medverka i patientsäkerhetsarbetet och är skyldiga att rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. Omsorgspersonal som genom delegering

---

utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Vi har 24 tillsvidare anställda som i de flesta fall har mentalskötarutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar som behandlingspedagog och undersköterska med inriktning mot psykiatri. Flera medarbetare har specifika ansvarsområden som samordnare, anhörigstödjare, kvalitetsombud, palliativt ombud, friskvårdscoach, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet, tillsammans med enhetschefen. Vid olika forum tas speciella frågor upp, exempelvis vid personalmöten och APT, två planeringsdagar och boende/husmöten en gång i månaden. Vi har en kontinuerlig egenkontroll för att säkra en hög kvalitet i verksamheten. Under 2020 har vi aktivt arbetat för att förebygga Covid-19 smitta. Vi har haft kontinuerliga ledningsmöten varje vecka där vi belyst, diskuterat och uppdaterat våra rutiner efter folkmyndighetens rekommendationer. Vi har även på varje personalmöten/APT informerat om den senaste riktlinjen/rutinen för omvårdnadspersonalen. Varje vecka på brukarmöten har omsorgspersonal tagit upp de riktlinjer som gäller och låtit brukarna vara delaktiga i det som hänt under Covid-19 pandemin. Under hösten 2020 har även biträdande enhetschef medverkat på samtliga brukarmöten. Nya uppdateringar kring Covid-19 har kontinuerligt under 2020 nått omvårdnadspersonal och brukare vid varje förändring.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I verksamheten ingår tillgång till hälso- och sjukvård av sjuksköterska i verksamheten 40 timmar i veckan. Kvällar, nätter och helgdagar finns jour-sjuksköterska tillgänglig, via Big Care. Big Care tog över jourverksamheten 1 september 2019, efter upphandlingen. 2 samverkansmöten tillsammans med Big Care och MAS har skett under 2020, via Skype.

Samverkan med Landstingets psykiatri finns och under 2020 har vi haft 10 stycken möten. Då vi har haft en stundande pandemi har flertalet möten skett via telefon, där en person samordnat ett gruppsamtal. De möten som skett på plats har skett utomhus, för att vara Covid-19 säkrade. Överenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Vid 4 tillfällen under 2020 har läkare från vårdcentralen besökt verksamheten relaterat till somatiska åtgärder, till de som inte har kunnat besöka vårdcentralen, då vi har ansvar upp till sjuksköterskenivå. De gånger brukare har behövt somatisk läkarbedömning har vi jobbat på att motivera brukare att besöka vårdcentralen. 20 antal besök har gjorts på Hässelby vårdcentral under 2020. Alla verksamhetens personalmöten och APT har skett i små grupper eller via Skype.

Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdsenheten för att erbjuda nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård. Enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska har haft kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det.

---

Omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna hälsoplan skall omvårdnadspersonal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal VODOK. Under året har 2 nya hälsoplaner upprättats. Samtliga patienter/brukare har hälsoplaner, där det finns behov av det. 4 patienter har varit inlagd vid sjukhus för psykiatriskt tillstånd. 6 patienter har varit inlagda på sjukhus för somatiska tillstånd. 1 brukare har träffat dietist på Team aktiv kontinuerligt. Samtliga brukare har blivit erbjudna tandvård under 2020, och då brukare har behövt har de besökt Flexidents verksamhet i Bromma. Då vi har haft fotvård på besök i verksamheten har den bedrivits utomhus under den varma perioden. De brukare som har medicinsk fotvård har besökt denne på vårdcentralen. 3 brukare har under 2020 varit i behov av Sjukgymnast, verksamheten kontaktar sjukgymnast vid behov från Klara Team, till de brukare som inte kan besöka Team Aktiv.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Målet är att samtliga patienter där sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna ska samtlig personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal.

Patienter/brukare ska ges möjlighet att ge synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet. Brukarna har getts möjlighet att delta vid deras vårdplanering samt även anhöriga när samtycke har getts.

Vid behov och/eller enligt önskemål kontaktar sjuksköterska patienter/brukare och närstående.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner för hur rapportering av avvikelser ska ske, deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS.

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker i hälso- och sjukvården. När kunskap om risker finns, ökas även kunskapen om hur dessa kan minimeras och förebyggas. Vid allvarliga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser, så som exempelvis utebliven signatur vid administrering av vid behovs läkemedel.



---

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål/synpunkter från patienter/brukare och uppdragsgivare som påvisar brister i verksamheten är en viktig informationskälla för oss för att få vetskap om hur våra tjänster upplevs samt hur vi går vidare med vårt förbättringsarbete.

Klagomål kan tas emot skriftligt och muntligt. Blanketten för klagomålshantering används.

## Egenkontroll

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

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Trycksår	1 gång per år, eller vid behov.	Nortons riskbedömning.
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år.	Webb utbildning 1 gång per år, självskattningar och observationer vid behov.
Fallrisk	1 gång per år, och vid behov/nytt fall.	Downton riskbedömning.
Munhälsobedömning	1 gång per år	ROAG munhälsobedömning
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Medicinteknikutrustning	4 gånger per år	Riktlinjer för medicintekniska produkter, för kommunal regi Stockholm stad.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Samverkan psykiatri	fortlöpande	Dokumentation
Samverkan Hässelby vårdcentral	fortlöpande	Dokumentation

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

---

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i verksamheten. Regelbundna genomgångar med sjuksköterska och omsorgspersonal gällande brukarnas/patienternas hälsa har genomförts.

Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker och allmänläkare har genomförts under året. Sjuksköterskan har deltagit på alla vård planeringar som genomförts under året.

Samtliga medarbetare som har fått delegering, förnyas och ses över en gång per år och alla medarbetare har fått genomgång av Lex Maria och Lex Sarah.

Vi har kontinuerligt haft en dialog med brukarna angående de riktlinjer som gällt under Covid-19 pandemin. Våra brukare har fått vara delaktiga i processen och fått komma med förslag på hur vi kan Covid-19 säkra deras boende miljö. Omsorgspersonal har följt de riktlinjer som folkhälsomyndigheten rekommenderat och de rutiner som verksamheten har, både de lokala och de som utförts av Stockholm stad. Vi har använt den skyddsutrustning som rekommenderats och har sett till att det alltid finns material tillgängligt. Sjuksköterskan har kontinuerligt sett till att det material som börjat ta slut fyllts på. Verksamheten har haft skyddsmaterialet lätt åtkomligt och har hela tiden även informerat vikarier om våra riktlinjer och rutiner. Omsorgspersonal har virkon torkat alla tag ytor morgon och kväll. Vi har försökt att begränsa de vikarier som arbetar i verksamheten till antal och i vilket hus alternativt gruppboende de arbetar på. De brukare som rört sig i samhället har själva valt att köpa egna munskydd eller sy ett eget på arbetscentrum, för att bära i sociala sammanhang. Brukarna har varit med och tagit fram olika förslag på hur verksamheten ska lösa matsituationer, speciellt till storhelger. På Paradsängen har vi haft två sittningar, en för de som bor på Paradsängen och en för de som bor på Säteritaket. På Ekeby har vi löst detta med att ställa ut flera bord så att antalet brukare vid varje bord minskat. Vi har även delat upp aktiviteter på de båda våningsplan i vardera huset som finns på Ekeby. Handsprit har implementeras inför varje måltid även för brukarna. En kompetensökning i form av MI utbildning, har skett under hösten. Omsorgspersonal har förutom den obligatoriska hygienutbildningen även gått de rekommenderade utbildningar i hygien som gäller hantering av utrustning och basal hygien kring Covid-19. Samtlig personal har vid förkylningssymtom valt att stanna hemma. Covid-19 test har alltid beställts och kontinuerlig kontakt har skett till verksamheten angående mående och resultat. De test som gällt brukare har beställts via Hässelby Vårdcentral, under 2020 har 2 antal brukare testats och visat negativt mot Covid-19. Inga brukare har under 2020 insjuknat i Covid-19, på våra boenden. 1 brukare blev hösten 2020, smittad ineliggande på geriatriken.

## **Risکاناليس**

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

Enhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp. Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Säkerhetsanalys genomförs vid behov inom befintlig verksamhet. Riskanalyser görs när förändringar planeras i verksamheten. Vi har under 2020 gjort riskanalyser både på verksamhetsnivå och på individnivå. Samtliga

---

patienter/brukare har dokumenterade riskbedömningar inom relevanta områden. På verksamhetsnivå har 2 riskbedömningar gjorts utifrån förändringar i verksamheten.

Riskbedömningar görs strukturerat samt vid förändringar i patientens/brukarens hälsa. Dessa görs gemensamt med kontaktperson och sjuksköterska. När risk har identifierats har en hälsoplan upprättats i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan gör fortlöpande riskbedömningar i VODOK. Som risk för vård skador räknar vi bland annat:

Brister i läkemedelshandlingen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), läkemedelsbehandling och biverkning till följd av läkemedelsbehandling, medicinändringar, försämring i psykiatrisk status, somatisk sjukdom. Riskbedömningar i nutrition, trycksår, munhälsa, fall och Nikola, kommer att uppdateras under 2021.

Riskbedömningar och analyser angående Covid-19 har gjorts kontinuerligt under 2020.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

De eventuella händelser som leder till en vård skada utreds i samverkan med MAS och enhetschef på verksamheten. MAS och MAR ansvarar för att utreda, bedöma och besluta om händelsen ska anmälas till IVO. Om avvikelser handlar om brister i vårdkedjan skickar MAS avvikelser vidare till den vårdgivare det berör. Alla händelser som inträffat inom verksamheten tas upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar. Vi arbetar kontinuerligt med patientsäkerheten.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Verksamheten följer Socialstyrelsens bestämmelser om informationssäkerhet och informationsöverföring.

Verksamheten följer även Stockholmsstads stadsövergripande policy, avseende skyddade av personuppgifter.

All information gällande journaler och patientuppgifter, förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp. Dessa är endast tillgängliga för ansvarig sjuksköterska.

Beställningar och genomförandeplaner är även dessa inlåsta i brandsäkert arkivskåp, och endast tillgängligt för personal i verksamheten.

Personuppgifter gällande personal är inlåsta i brandsäkra arkivskåp och endast tillgängliga för enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Granskning av journalföring i Vodok av ansvarig sjuksköterska och i Parasol av boendestödare granskas regelbundet av enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Regelbundna loggkontroller i journalsystemet Vodok görs av enhetschef.

---

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Strukturmått - För att uppnå målen för 2020 fortsatte arbetet med att göra nya rutiner och ett ledningssystem för verksamheten.

Processmått - Rutiner gällande läkemedel har uppdaterats och utbildningar genomförts.

Resultatmått –

- Tydlig återkoppling gällande avvikelser har medfört högre grad av medvetenhet hos medarbetare om patientsäkerhet.
- Medicinteknisk utrustning går igenom 4 gånger per år av sjuksköterskan.
- Inga vård skador som kan relateras till trycksår, fall eller nutrition har identifierats
- Basala hygienrutiner och klädrutiner tas upp 4 gånger per år, av sjuksköterskan på personalmöten.
- Norton och Downton riskbedömningar görs 1 gång per år, eller vid behov.
- Munhälsobedömning görs av tandhygienist 2 gånger per år, eller vid behov i samråd med sjuksköterskan.
- Stick prov gjorda av dokumentationen visar en positiv utveckling bland annat gällande synliggörandet av patientens delaktighet och teamarbetet i journalen.
- Inga vårdskador som har lett till Covid-19 hos brukare har dokumenterats.

### Egenkontroll

<b>Fokus på dokumentation</b>	Kontinuerlig uppföljning och egenkontroll	Fortlöpande under 2021	Dokumentationen har förbättrats under 2020	Vi kommer att fortsätta fokusera på dokumentationen under 2021.
<b>Kvalitetsgrupp</b>	Mål uppfyllt	Fortlöpande under 2021	Kvalitén fortsätter vara viktig i verksamheten..	Fortsatt arbete med kvalitetsarbetet under 2021
<b>Avvikelser/Rutiner</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Alla avvikelser tas upp på Personalmöten/APT. Lokala rutiner görs vid behov.	Kontinuerligt arbete för att kunna minska avvikelser. Rutiner följs och ses över.
<b>Riskanalyser</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Fortlöpande riskanalyser görs	Riskanalyser diskuteras och görs gemensamt på personalmöten/APT.
<b>Hälsoplaner</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Fortsatt uppdatering av Hälsoplaner vid behov.	2 brukare saknar Hälsoplan.
<b>Brukarinflytande</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Brukarnas inflytande i sin vardag har ökat, bland annat genom att själva få laga sin egna mat 1 gång i veckan. Att få vara delaktiga i att begränsa smittspridning av Covid-19.	Fortsatt arbete med att brukarna ska få mer inflytande, minska den sociala distanseringen och kunna skapa sig en meningsfull vardag, sker under 2021.
<b>Information</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Kontinuerligt informationsflöde	Information till personal och brukare kommer som tidigare att ske kontinuerligt och vid behov.
<b>Kompetensutveckling</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Kompetensutbildning i MI har gjorts under 2020.	Enhetschef ser över den kompetens som behövs i verksamheten och ordnar med utbildningar kontinuerligt.
<b>Covid-19</b>	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2021	Inga brukare har insjuknat i Covid-19 under 2020, på våra boenden.	Vi fortsätter jobba med att minska risk för smitta under 2021

## Avvikelser

- Under året 2020 har 12 läkemedelsavvikelser dokumenterats i avvikelsemodulem i Vodok. Detta är en ökning med 1 avvikelse i läkemedelshantering år 2019.

- 
- Fallavvikelser har däremot minskat från 20 (2019) till 13 fall. I 12 av 13 fall blev det ingen skada, i den 13:e fanns det misstanke om skada och/eller att det blev skada.
  - Under det gångna året dokumenterades ingen avvikelse, som beskriver brister specifik omvårdnad.
  - 3 stycken avvikelser i vårdkedjan skrevs, dessa sker ofta vid vårdens övergångar (från slutenvård/sjukhus tillbaka till boendet).
  - Aktuella avvikelser går igenom varje vecka, på APT/Personalmöte.

En förklaring till att läkemedelsavvikelser har ökat med 1 kan ses som en marginell ökning, men kan bero på att ny omsorgspersonal har anställts under 2020. På Paradsängen har under 2020 endast 1 läkemedelsavvikelse skrivits, detta kan bero på att personalgruppen är liten och att omsorgspersonalen har fått in en bra rutin kring administrering av läkemedel. På Paradsängen är det även endast 6 av 9 brukare som omsorgspersonal administrerar läkemedel till. På Ekeby är personalgruppen större och verksamheten är i större behov av vikarier, vilket kan vara en anledning till att läkemedelsavvikelserna är fler. För att få en delegering behöver omsorgspersonal genomgå en webbutbildning ”Att jobba säkert med läkemedel” och prov med godkänt resultat. Denna webbutbildning med prov ska sedan årligen göras vid förlängning av delegering. För att få delegering för att administrera insulin krävs genomgång en webbutbildning för insulin samt prov och även det med godkänt resultat.

Bakomliggande orsaker till att fallavvikelserna har minskat kan vara att brukarna har fått tidiga insatser med sjukgymnast, utprovade hjälpmedel och personbundna träningsprogram. Att fallavvikelserna är högre på Ekeby än på Paradsängen kan bero på att det är fler över 65 år som bor på Ekeby. Endast 3 avvikelser i vårdkedjan är skrivna. Dessa hör alla till Ekeby, detta kan bero på att de brukare som behövt slutenvård är fler än de som bor på Paradsängen. Avvikelser i vårdkedjan kan förebyggas om alla verksamheter följer gällande rutiner bl.a. för läkemedelshantering (t.ex. att patient får med sig en aktuell läkemedelslista samt läkemedel vid utskrivning från sjukhus), men också om kommunikation mellan olika vårdgivare ökar. Där tar verksamheten hjälp av att använda sig av NPÖ (Nationell Patient Översikt).

## **Klagomål och synpunkter**

---

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner/Stockholms stads riktlinjer för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarlig rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2020. En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All omsorgspersonal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering ska utföras beskrivs i den lokala rutinen.

## **Händelser och vårdskador**

Inga händelser har under 2020 lett till vårdskador.

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

- Samverkansträffar mellan ansvarig sjuksköterska och allmänläkare på Hässelby Vårdcentral kommer att ske fortlöpande under 2021.
- Samverkansmöte med öppenvården i Alvik kommer under 2021 planeras.
- Samverkansmöte med slutenvårdsavdelning 6, Capio St Görans sjukhus, under 2021.
- Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll var tredje månad.
- Synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen.
- Riskbedömningar kommer att uppdateras på samtliga brukare i Vodok under 2021.
- Regelbundna dokumentationsträffar, både i grupp och enskilt.
- Ha riktade insatser i verksamheten där enskilda användare är i behov av extra stöd för sin dokumentation.
- Fokus på att fortsätta arbeta för en positiv utveckling av dokumentationen.
- Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer kontinuerligt ha uppföljningar av dokumentationen.

- 
- Vid olika personalmöten och APT diskuterar vårt förhållnings-sätt till praktiska exempel som exempelvis vid avvikelser och aktuella rutiner.
  - Riskanalys på individ och verksamhetsnivå. Vid inkomna avvikelser analysera vad som kan ha bidragit till en avvikande händelse vilket sker vid personalmöten och APT. Vid förändring i verksamhet identifiera risker. Kvalitetsgruppen kommer utveckla en struktur för uppföljning av avvikelser.
  - Om/när en patientsäkerhetsrisk identifierats skall det finnas en hälsoplan kopplad till risken.
  - Öka brukarnas inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturevent som erbjuds.
  - Sjuksköterskan har kontinuerlig genomgång och uppföljning av delegeringsbeslut.
  - Att medarbetare får nödvändig information som berör boende/patient.
  - Öka kompetensen om speciella sjukdomstillstånd till medarbetare, genom externa och interna utbildningstillfällen. De interna görs av legitimerad sjuksköterska i verksamheten.
  - Fortsatt samarbete med Flexident tandvård för samtliga brukare och dietister från Team Aktiv, till de som behöver.
  - Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare.
  - Fortsatt utbildningar med fokus på hygien och utrustning kring Covid-19 kommer att ske kontinuerligt.
  - Ett fortsatt arbete med att begränsa Covid-19 kommer att göras under 2021. Vi kommer att fortsätta att kontinuerligt sprida information och följa de riktlinjer som rekommenderas.
  - Verksamheten kommer att under 2021 arbeta med att minska den sociala distanseringen hos brukarna.
  - Under 2021 kommer kontinuerliga samverkansmöten med Socialpsykiatri i Bromma och Rinkeby-Kista Stadsdelsförvaltningar att implementeras, för att höja patientsäkerheten. På dessa möten närvarar MAS, Sjuksköterska och biträdande enhetschef i respektive Stadsdel.