

# Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Sabbatsbergsbyn År 2021



Datum:2022-01-20

Verksamhetschef och HSL- ansvarig för innehållet: Ramona Ankarberg  
Deltagit i faktainsamling och analys: Jennifer Johanson

# Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
Strålskydd.....	7
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
Avvikelse .....	15
Klagomål och synpunkter.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	18
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

# SAMMANFATTNING

Stora delar av året 2021 har präglats av ett begränsningsarbete av smittspridning, smittspårning och vaccinationer. Många planerade åtgärder i form av utbildningar och dylikt har ställts in eller skjutits upp på grund av rådande restriktioner.

Sabbatsbergsbyn är ett stort SÄBO med 106 platser fördelade på 3 fastigheter. Klockhuset, Johanneshuset och Adolf Fredrikhuset. Den dominante inriktningen är demensvård men även en ett mindre antal somatiska platser finns i verksamheten. Drivs på entreprenad av Attendo AB

Att många planerade åtgärder inte genomförts har naturligtvis medfört att verksamheten inte uppfyllt samtliga uppsatta mål för 2021. Det som framkommer av patientsäkerhetsberättelsen är att verksamheten främst brister i sin dokumentation samt informationsöverföring. De känsligaste tidpunkterna är när en patient skrivs in samt i anslutning till vård i livet slutskede.

De åtgärder som gått att genomföra enligt handlingsplaner som fanns för 2021 är genomförda så 2022 kommer stort fokus ligga på uppföljningar för att säkerställa att åtgärderna fått effekt.

En årsplanering med fastställda datum för möten och uppföljningar finns för 2022.

Ny läkarorganisation (Familjeläkarna) är på plats från 15 april 2022.

## MÅL för Hälso-sjukvårdsarbetet för 2022

- 90% vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS
- 90% Hälsostatus dokumenteras vid inskrivning och går att följa i journal. Kontrolleras vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS.
- Hälsobedömning planer för identifierade problemområden/ risker för löpande HSL-dokumentation gällande
  - Fallrisk
  - Risk för undernäring
  - Risk för trycksår
  - Risk för bristande munhälsa
- Förbättra den palliativa vården gällande närvaro vid dödsögonblicket samt dokumentation av brytpunktssamtal. Följs upp kvartalsvis genom spindeln.
- 90% dokumentation om genomfört brytpunktssamtal i journal av läkare och/eller sjuksköterska. Kontrolleras vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS.
- Minska antalet fall som lett till skada eller sjukhusvistelse.
- Öka antalet registreringar samt uppföljningar i BPSD.
- Hygienronder 1g/kvartal enligt Attendos mall för hygienrond

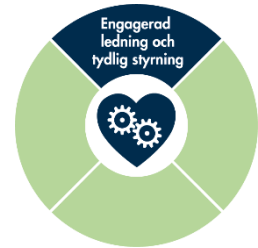
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## 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.

### Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*



De övergripande målen för 2021 har varit följande:

- att bli godkänd i HSL-dokumentationen, ett resultat på > 90 % i Attendos Egenkontroll. Sker genom utbildningsinsatser, regelbundna granskningar och – uppföljningar
- att registrera 98 % av alla riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete
- att fortsätta registrera i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården
- att 98 % av alla patienter ska ha aktuell hälsostatus samt genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner
- Kompletta infektionsregistrering

## Organisation och ansvar

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

### MAS

Sabbatsbergsbyn bedrivs på entreprenad och följer de riktlinjer Norrmalms MAS upprättat utifrån gällande författningar, lagar och förordningar samt bästa tillgängliga kunskap (evidens). En god samverkan finns och eventuella förändringar kommuniceras via uppföljningar, mail eller samverkansmöten. MAS ansvarar för att informera och säkerställa att verksamhetscheferna har tillräcklig kunskap om riktlinjerna. Attendos interna MAS samverkar med verksamhetsledning och med stadsdelens MAS i alla patientsäkerhetsrelaterade områden. Likväl som samverkar med verksamhetens läkarorganisation, Sabbatsbergsgeriatriken som under 2022 kommer att bytas mot annan läkarorganisation -Familjeläkarna.

### Verksamhetschef

Verksamhetschef har ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten enligt SOSFS 2011:9. Ska ha kännedom om riktlinjerna och använda dem i det lokala kvalitetsarbetet och utforma lokala rutiner utifrån riktlinjerna.

Verksamhetschef ansvarar för det övergripande patientsäkerhetsarbete.

Till verksamhetschef uppgifter hör att tillgodose kraven på hög patientsäkerhet och god vård samt att samverka och samordningen med andra enheter fungerar på ett patientsäkert sätt.

Verksamhetschef ska inte bara svara för att enheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet utan även främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska dessutom svara för vissa administrativa uppgifter.

Verksamhetschef har huvudansvaret för att verksamheten följer de lagar och förordningar: Exempel på detta är enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 9-10§ och SOSFS 2011:9, SOSFS 2007:19, SOSFS 2008:1

- Fastställa principerna för verksamhetens ledning, tydliggöra verksamhetens systematiska ledningssystem för kvalitet/säkerhet så medarbetare, patienter, närstående och kunder är väl informerade. Varje patient har rätt att vara delaktig i och besluta om den egna vården.
- Skapa förutsättningar för ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete, tillsammans med medarbetarna och kvalitetsgruppen utvärdera, riskbedöma, analysera och förbättra verksamhetens kvalitetsarbete som fokuserar på säkerhet för den ens
- Se till att månadsstatistik över patientsäkerhetsfrågor rapporteras till kvalitetsavdelningen-ADD och kund samt att åtgärder vidtas.
- Verksamhetens chef enligt HSL 29 § ansvarar för att informera sina medarbetare om gällande riktlinjer, rutiner och direktiv samt att säkerställa att de följs.
- Säkerställa att alla medarbetare har kännedom om Lex Sarah och Lex Maria, rapporteringsskyldighet, utredningsskyldighet och skyldighet att anmäla till IVO.

### **Kvalitetssamordnare**

Kvalitetssamordnare har kunskap om det lokala kvalitetsarbete, Attendos kvalitetssystem (ADD), hur Attendo arbetar med statistik, protokoll och samordnar kvalitetsmöte. Kvalitetssamordnaren sammankallar till kvalitetsmöte.

### **Kvalitetsombud**

Kvalitetsombuden från varje avdelning deltar på kvalitetsmöten och har ansvar för att vidareförmedla beslut om åtgärder till respektive arbetsgrupp. De introducerar också nya medarbetare i Attendos kvalitetsarbete.

### **Sjuksköterska**

Inom sjuksköterskans ansvarsområde ligger att göra bedömningar av patienternas tillstånd i förebyggande syfte och när så behövs. Det är sjuksköterskans ansvar att utföra de behandlingar som läkaren ordinerat och som faller inom ramen för sjuksköterskans kompetens.

Sjuksköterskan har ansvar att utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens samt bästa tillgängliga kunskap.

Sjuksköterskan utvärderar även teamets insatser och verkar för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett patientsäkert, kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt.

Sjuksköterskan ingår i den lokala ledningsgruppen för samverkan med verksamhetschefen är en framgångsfaktor och en förutsättning för en säker verksamhet.

Sjuksköterskan är ansvarig för att följa lokala rutiner samt MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård.

## **Fysioterapeut och Arbetsterapeut**

Rehabpersonal som fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att främja ett rehabiliterande förhållningssätt. Ett rehabiliterande förhållningssätt är det som stöder den äldres funktionsförmåga och syftar till att utföra arbete på ett sådant sätt att personalen inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer. Den utförs av all personal.

Ett generellt arbetssätt ska benämnas *hälsofrämjande*, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering.

Specifik rehabilitering innebär riktad bedömning, träning och utbildning som utförs av bland annat arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Insatserna är tidsbegränsade och målinriktade, de kan inte ersättas av ett generellt ständigt pågående arbetssätt.

## **Omsorgspersonal**

Ansvarar för det praktiska arbetet kopplat till vård och omsorg för brukarna på respektive våningsplan i samarbete med sjuksköterska.

Är utsedda kontaktpersoner för en till två patienter vilket innebär ett utökat ansvar i form av närståendekontakt, handling, egen tid mm.

Ansvarar för att upprätta samt följa upp genomförandeplanen tillsammans med patienten inom 14 dagar från inflyttning. Medarbetare ska inom ramen för enhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i;

- Det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.
- Risk- och händelsehantering.
- Uppföljning av mål och resultat.

Omsorgspersonalen ansvarar för att följa lokala rutiner och rapportera eventuella händelser i händelserapporteringsystemet Add.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål, som sedan utreds av verksamhetschefen på respektive verksamhet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan sker i verksamhetens processer utifrån patientens behov. Verksamhetens medarbetare inom hälso-sjukvård i samverkan med övriga medarbetare, läkarorganisation och verksamhetschef och MAS både inom Attendo samt Stockholm stad har gemensamma arbetssätt och uppföljningsmetoder för att säkerställa patientsäkerheten i verksamheten.

Processen gällande patient sker internt tvärprofessionellt, externt med våra kunder, läkarorganisation och även anhöriga. Verksamheten har god samverkan externt och har under året genomfört samverkans möten med läkarorganisationen.

Under det gångna året har samverkan skett med stadens medicinskt ansvariga sjuksköterska både utefter resultat av oanmälda inspektioner, avtals och verksamhetsuppföljningar samt uppföljning med fokus på HSL. Intern kvalitetsrevision har genomfört

Patientsäkerhetsarbete handlar om att förebygga att vårdskador eller risker för vårdskador ska inträffa. Risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada anmäls till IVO som en Lex Maria anmälan.

Patientsäkerhetsarbetet har varit i fokus under året – HSL handlingsplan upprättad. Arbete och uppföljning har skett fortlöpande.

Närståendes delaktighet har av stor betydelse detta lyfts genom personliga samtal, närvarande chefskap, täta dialoger med ansvariga sjuksköterskor, omsorgspersonal och ansvarig läkare.

Ny läkarorganisation (Familjeläkarna) är på plats från 15 april 2022.

## **Informationssäkerhet**

### ***HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §***

Vid inskrivning av en patient på enheten kontrolleras personuppgifter genom ID-kontroll. Patienten informeras om rätt till delaktighet i sin vård. Med hjälp av en checklista med information om rättigheterna säkerställer enheten att ingen information glöms. Enheten informerar också anhöriga om deras rättigheter till delaktighet. På enheten används en blankett för påskrift där samtycke inhämtas för utbyte av sekretessbelagd information om patienten med socialtjänst och annan hälso- och sjukvårdsverksamhet samt registrering i nationella kvalitetsregister.

Verksamhetschef ansvarar för att göra en behov- och riskanalys inför behörighetsgivning rörande åtkomst till journalsystem för verksamhetens medarbetare. Verksamhetschef ska också ta fram rutiner för ändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörighet för att säkerställa att dessa är riktiga och aktuella.

Verksamhetschef ansvarar för att utföra loggkontroller i digitala journalsystem en gång per kvartal för att säkerställa patientsäkerheten och informationssäkerheten i verksamheten.

## **Strålskydd**

### ***SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §***

Ej relevant för aktuell verksamhet

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Enheten har ett kvalitetsledningssystem med rutiner som är upprättade utifrån de olika processområden som finns. Årlig internrevision genomförs genom att enhetens rutiner granskas, kontroll om checklistor är ifyllda så som de ska samt intervjuer av medarbetare. Enheten utför egenkontroll där efterlevnad av rutiner ses över och narkotika kontrollräknas. Alla anställda på enheten har tillgång till rutinerna dygnet alla timmar.



Attendo har ett digitalt händelserapporterings system, ADD som alla medarbetare på enheten har inloggning till. Här rapporteras händelser som har skett och risker som noterats. Händelserna som har rapporterats går direkt till verksamhetschef för en första bedömning om allvarlighetsgrad och utredning. När verksamhetschef har utredd händelsen, ofta i samverkan med omvårdnadsteamet, avslutas den och då kan kvalitetssamordnare se händelsen i flödet. Om verksamhetschef bedömer att någon inrapporterad händelse behöver en mer omfattande utredning startar verksamhetschef en allvarlig händelse i ADD. Dialog förs i detta läge med kvalitetsutvecklare Attendos Stab.

Verksamhetschef rapporterar in riskanalyser i ADD och medarbetare kan själva rapportera in risker i ADD. Riskanalyser genomförs av verksamhetschef minst en gång per kvartal och riskbedömning på individuell patientnivå genomförs av ansvarig sjuksköterska vid inskrivning och därefter minst en gång var sjätte månad.

Attendo vill vara en lärande organisation. Det medför att enhetens händelsehantering ska syfta till att identifiera orsaksområden och utifrån dessa skapa åtgärder till identifierat orsaksområde. För att alla medarbetare ska få kännedom om inrapporterade händelser, orsaksområden samt åtgärder hålls en gång per månad ett kvalitetsmöte. I mötet diskuteras händelser och risker på aggregerad nivå och man diskuterar förebyggande åtgärder i verksamheten. Tidigare risker och åtgärder följs upp i nästkommande möte och protokollförs. Protokoll rapporteras 1 g/mån in i systemet Add.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Attendo Talents finns som ett led i att vara en lärande organisation och främja kunskapsutveckling. Här finns digitala utbildningar som inte kräver någon föranmälan. Alla medarbetare har en egen personlig inloggning och de kan själva välja vilka utbildningar de vill genomföra utifrån de områden som de behöver mer kunskap i. Verksamhetschef kan göra utbildningar obligatoriska i Attendo Talents. Det kan vara nödvändigt innan medarbetare tilldelas ombudsfunktioner. Syftet med ombudsfunktioner är att alla avdelningar ska ha personal som har lite mer kunskap i specifika områden.

Fysiska utbildningar hålls centralt och regionalt inom Attendo och vänder sig till alla kategorier medarbetare för relevanta utbildningar och nätverksträffar.

Medarbetarna har också tillgång till Stockholm stads utbildningsinsatser som riktar sig till medarbetare inom äldreomsorgen.



Enheten följer skullkrav vad gäller utbildningsgrad och antalet medarbetare i tjänst dygnets alla timmar. Enheten har ett digitalt schemaläggningssystem, Medvind. Här finns schema för alla anställda på enheten. Genom att medarbetare stämplar in när arbetspasset börjar samt stämpla ut när arbetspasset slutar säkerställs personalens närvaro. Medarbetare kan också kontrollera att deras tider registreras som de ska i systemet genom deras personliga inloggning.

I syfte att säkerställa att patientens insatser som biståndsenheten har beviljat samt att insatserna genomförs utifrån ett personcentrerat tänk finns det digitala planeringsverktyget Epsilon. Varje patient har en egen slinga i Epsilon. I den slingan finns arbetsuppgifter som personal ska utföra. Slingan följer de insatser som finns i genomförandeplanen och från HSL dokumentation. I Epsilon får personalen vetskap om vad och när de olika arbetsuppgifterna ska utföras.

Enheten har varje månad arbetsplatsträff, APT. Här får alla medarbetare som vill närvara. Verksamhetschef informerar om kommande utmaningar, nyheter, resultat, utbildningar som är genomförda samt presenterar kommande utbildningar. Information om arbetsmiljöarbetet samt information om granskningar som har genomförts. Verksamhetschef informerar också om ekonomi och om det är några planerade förändringar på enheten. De olika ombudsfunktionerna har möjlighet att framföra information från nätverksträffar eller om det är någon ny kunskap som behöver läras ut. APT protokoll skrivs så att medarbetare som inte har närvarat kan få kännedom om vad som tagits upp på mötet.

## Patienten som medskapare

### ***PSL 2010:659 3 kap. 4 §***

Enheten arbetar aktivt för att inkludera patienter och anhöriga i patientsäkerhetsarbetet och göra dem delaktiga i den mån de själva önskar.



Patienterna som bor på enheten erbjuds vårdplanering inom fjorton dagar från det att patienten har flyttat in. Här deltar patient, (närstående om patient så önskar), Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. Vid behov deltar läkare som annars också har ett inskrivningssamtal med patient. Därefter erbjuds vårdplanering minst en gång per år. Om patienten samtycker erbjuds även anhöriga in till vårdplaneringen. Syftet med vårdplaneringen är att ge patient och anhöriga möjlighet att träffa vård- och omsorgsteamet och stimulera delaktighet i patientens vård och omsorg.

Med hjälp av en checklista för delaktighet säkerställer sjuksköterska att anhöriga får information om deras rättigheter till delaktighet. Sjuksköterska gör en individuell avstämning med anhörig om vad de vill bli informerade om och hur ofta de vill ha information. Anhöriga och patienter blir informerade om vart de kan framföra sina synpunkter och hur enheten sedan arbetar med synpunkterna. Enhetens medarbetare är lyhörd för patienternas egna önskemål och önskemålen tillgodoses i möjligaste mån. Synpunkter som lämnas höras och åtgärdas omgående i den mån det går.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

*Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*



Enhetens strategi för att arbeta objektivt med patientsäkerhet är att enheten aktivt arbetar med och inom kvalitetsregister som Senior Alert används för att kategorisera hälsorisker hos patienterna utifrån sjuksköterska eller rehabpersonalens riskbedömning. BPSD används för att kartlägga och kategorisera beteendestörningar och utåtagerande symtom vid demenssjukdom. Registrering och kartläggning av individen görs för att ta fram en individuell bemötandeplan för att förebygga eller lindra BPSD symtom genom att medarbetarna lär sig korrekt bemötande utifrån patientens behov. Enheten använder Palliativa registret som ett sätt att utvärdera arbetet med den palliativa vården för att hitta vilka kvalitetsindikatorer som enheten behöver arbeta mer intensivt med. Varje kvartal går man igenom resultatet på sjuksköterskenötet för att se uppnådda resultat och rapporterar till intern MAS.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. PDSA-hjulet är ett exempel på en bra modell för utveckling och problemlösning. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

1. **Identifiering**
2. **Analys**
3. **Åtgärder**
4. **Uppföljning av åtgärd**

## **Palliativa registret**

**Mål:** Att samtliga avlidna registreras i palliativa registret.

**Resultat:** Målet är inte uppfyllt för 2021.

**Analys av resultat:** Ett fåtal dödsfall har ej registrerats i palliativa registret. Beror troligtvis på bristande informationsöverföring samt att behörigheter till relevanta dokumentationssystem fördröjts.

**Åtgärd:** Säkerställa kontinuitet i SSK-gruppen samt att alla får tillgång till relevanta dokumentationssystem så snabbt som möjligt.

**Uppföljning av åtgärd:** Följs upp via spindeln var 3:e månad med Attendos MAS samt på HSL-möte där man analyserar uppnådda resultat.

### Senior Alert

**Mål:** 98% av de som bor på enheten ska vara riskbedömda i Senior Alert, ha åtgärder samt regelbundna uppföljningar.

**Resultat:** Målet är inte uppfyllt för 2021.

**Analys av resultat:** Enheten arbetar med Senior Alert har förbättrats sedan Q3. Checklistor och implementerade rutiner säkerställer att arbetet i Senior Alert fortsätter vara aktivt.

**Åtgärd:** Sjuksköterskorna ska fortsätta arbeta aktivt med Senior Alert för att tidigt upptäcka risker för ohälsa i munnen, risk för undernäring, risk för fall, risk för trycksår samt risk för blåsdysfunktion. Utifrån upptäckta risker ska sjuksköterskorna arbeta aktivt med åtgärder och uppföljning av åtgärder.

**Uppföljning av åtgärd:** Följs upp en gång i kvartalet på HSL möte med hjälp av statistik från registret Senior Alert. Vid dokumentationsgranskning säkerställs att områden med identifierade risker har hälsoplaner med resultat, åtgärder och uppföljning.

### Dokumentation

**Mål:** Godkänd i HSL-dokumentationen, ett resultat på > 90 % i Attendos egenkontroll.

**Resultat:** Målet är uppfyllt för 2021.

**Analys av resultat:** Verksamhetens resultat för dokumentation uppnåddes precis med ett resultat på 90%. Det som behöver utvecklas är hälsostatus samt uppdateringar av riskbedömningar dvs det lite mer systematiska arbetet.

**Åtgärd:** Utbildning i dokumentation planerat tillsammans med Norrmalm under 2022.

**Uppföljning av åtgärd:** Granskning av 10% av samtliga journaler månadsvis med fokus på hälsoplaner.

### Hälsostatus

**Mål:** 98 % av alla patienter ska ha aktuell hälsostatus samt genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner.

**Resultat:** Målet är inte uppfyllt för 2021 då endast 50% uppfyllde målet för hälsoplaner vid senaste dokumentationsgranskningen. Resultatet för riskbedömningar låg mellan 90-100%.

**Analys av resultat:** Verksamheten behöver förbättra den systematiska dokumentationen.

**Åtgärd:** Utbildning i dokumentation planerat tillsammans med Norrmalm under 2022.

**Uppföljning av åtgärd:** Granskning av 10% av samtliga journaler månadsvis samt i samband med intern verifiering.

### BPSD

**Mål:** Fortsätta registrera i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården

**Resultat:** Målet går ej att följa upp

**Analys av resultat:** Verksamheten har ej följt upp arbetet under året även om registreringar utförts.

**Åtgärd:** Planering för möten under 2022.

**Uppföljning av åtgärd:** Rapportering av registreringar månadsvis på enhetsmöte.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



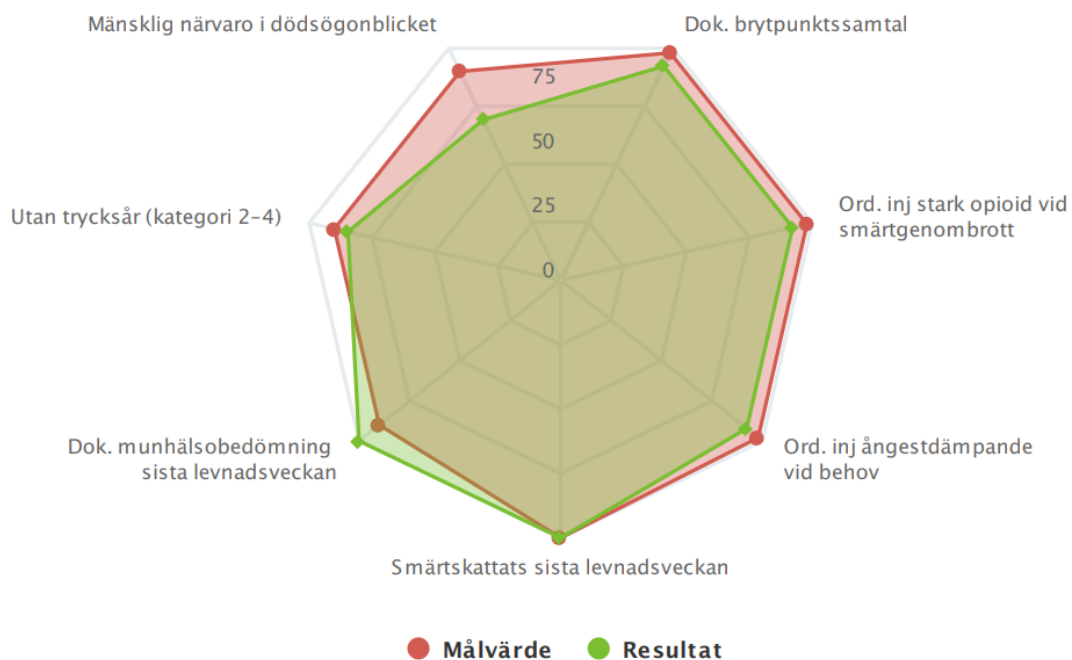
### Har vården varit säker

Under året har Sabbatsbergsbyn varit en focus verksamhet utifrån inkomna och uppmärksammade klagomål externt under 2021 vilket lett till att verksamheten har genomgått en omfattande genomlysning både internt och externt. En handlingsplan togs fram utifrån identifierade risker och har följt upp kontinuerligt under året. Vissa åtgärder (som exempelvis utbildning dokumentation) har fått skjutas upp på grund av rådande riktlinjer, men många av förbättringsområdena är åtgärdade.

Spindeln:

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 – 2022-01



### Lex Sarah + Lex Maria

Ett aktivt arbete med att dokumentera avvikelser är en grundbult i vårt kvalitetsarbete. Genom att vi är noga med att rapportera alla avviker internt skapas förutsättningar för lärande och därmed

minskar risken för att problem upprepar sig. IVO har vid flera tillfällen påpekat vikten av att driva ett aktivt arbete med att rapportera och systematisk följa upp avvikelser.

Allvarliga händelse som utretts under 2021 är 10 utifrån Lex Sarah och 9 utifrån Lex Maria. En anmälan enligt Lex Maria är gjord till IVO utifrån inkomna synpunkter rörande kommunikationen runt palliativ vård under våren 2020. Ärendet är avslutat hos IVO.

### QUSTA

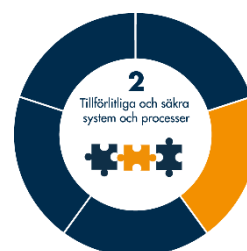
Egenkontroll med hjälp av Qusta har genomförts både internt och tillsammans med stadsdelens MAS. Förbättringsområdena från dessa har sammanställt tillsammans med handlingsplanen från 2020 för att få helhetsyn. Bedömning är att verksamheten utför en god och säker hälso- och sjukvård. Fortsatta utvecklingsområden är inkontinensområdet, bedömningar och dokumentation i livets slut och fortsätta arbetet med strukturen för teamarbetet, vilket är överensstämmande med tidigare fynd.

### Extern läkemedelsgranskning från Apoteket AB

Apoteksgranskning genomförd 2021-01-28 där den sammanfattande bedömningen var att läkemedelshantering på boendet fungerar bra men kan bli mycket bättre om nedan påpekanden beaktas. De lokala rutinerna är mycket väl utformade. Det är viktig att lagar, föreskrifter och MAS övergripande rutiner och lokala kvalitetsdokument är väl kända och efterföljs, en förutsättning för att ett patientsäkert arbete ska kunna bedrivas. Åtgärderna följdes upp 2021-12-18 utan anmärkning.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Enheten följer förekomsten av vårdrelaterade infektioner hos de patienter som bor på enheten. Sammanställning görs en gång per månad via Attendos egen mall. MAS i Attendo begär kvartalsvis att se enhetens sammanställning.

I samarbete med läkarorganisationen genomförs läkemedelsgenomgångar för varje patient en gång per år eller oftare om behov uppstår. Sjuksköterska bistår läkare med att skatta symtom, ta längd och vikt samt ta blodprover som är relevanta inför läkemedelsgenomgången. Ansvarig läkare ansvarar för att göra en undersökning av patienten samt ta ställning till läkemedelsåtgärder utifrån de diagnoser och symtom som patienten har

Kontinuerliga egenkontroller har genomförts avseende basal hygien. Resultatet visar god följsamhet – men ett förbättringsområde som identifierats är att använda handdesinfektion för varje arbetsmoment.

# Säker vård här och nu

## Riskhantering

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



Enhetens sjuksköterskor arbetar med riskbedömningar i Senior Alert och ordinerar relevanta åtgärder utifrån de risker som identifieras. Riskbedömning genomförs inom 14 dagar från det att patienten flyttat in på enheten och sedan var sjätte månad. Uppföljning av riskbedömning sker var tredje månad eller oftare beroende på om åtgärderna behöver följas upp oftare. T.ex. om risk för undernäring upptäcks och patienten har ett lågt BMI behöver åtgärder följas upp oftare än var tredje månad.

Om t.ex. fallrisk identifieras används Attendos riskmatris. Sjuksköterska skattar sannolikhet och allvarlighetsgrad enligt följande bild. För att skattningen ska bli objektiv och korrekt finns instruktioner och förklaringar till de olika rubrikerna. Om poängen är hög hålls en fallkonferens om den patienten i teamet för att säkerställa att skyddsåtgärder och skadepreventionen är tillräcklig. Riskanalyser för enskild patient följs upp i team-möten och dokumenteras i HSL-journal.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för inträffande	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

År 2021 har större delen av arbetet kring riskanalyser handlat om den pågående pandemin. Risker har bedömts utifrån risk att smittan kommer in på enheten och utifrån de risker för smittspridning väl på enheten, dessa riskanalyser har hela tiden följt nationella och regionala bestämmelser kring exempelvis besöksförbud på SÄBO. Riskanalyserna har också handlat om riskerna med ovaccinerad personal, tillgång och hantering av skyddsutrustning samt utbildning. De åtgärder som var framgångsrika var:

- Vaccination av patienter och medarbetare har skett utan fördröjning
- Tillgång till skyddsutrustning har varit och är fortsatt mycket god
- Möjlighet till snabb provtagning
- Ändrade arbetssätt och inarbetade rutiner via lärdomar från våg 1 och 2 av pandemin

Risker som identifierats:

- Svårigheter att upprätthålla kohortvård på demensavdelningar samt när patienten har väldigt lindriga symptom.
- Upprätthålla kontinuitet med en hög sjukfrånvaro
- Säkerställa informationsöverföringen vid användande av inhyrd personal

## Stärka analys, lärande och utveckling

Verksamheten registrerar symptom vid demens via BPSD. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder

minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Möten och registreringar har skett under 2021, men arbetet behöver förbättras –

systematiserats då många mötestider föll bort under föregående år. Under 2021 lades stort fokus på att utbilda administratörer och nu behöver enheten arbeta vidare med de systematiska uppföljningarna. Plan med datum för registreringstillfällen och uppföljningar är bokade för 2022.



Epsilon är ett IT-baserat planeringssystem som täcker alla delar i enheten från planering och schemaläggning till genomförande och uppföljning. Epsilon gör det möjligt att planera, följa upp och anpassa omsorgen. Därmed skapas trygghet och kvalitet i omvårdnaden. Användandet av Epsilon under pandemin har medfört att patientens insatser lättare kunnat säkerställas trots hög sjukfrånvaro. Alla insatser som beskrivs i genomförandeplanen utefter önskemål och behov läggs därefter in i planeringen i Epsilon. Enheten ser detta som en kvalitetssäkring. Allt ifrån omvårdnad till olika aktiviteter planeras och registreras. Om en aktivitet inte skulle utföras kommer medarbetarna se detta i mobilen och påminnas. Förenklar alla möjligheter att följa upp att bedömda insatser tex läkemedelshantering genomförs på tid.

Under 2021 har återigen brister kring dokumentation identifierats. Planen för utbildning som fanns för 2021 blev förskjuten till 2022 på grund av sjukdom. Bristerna som identifierats avser främst den systematiska dokumentationen i form av att kunna följa patientens hälsostatus samt uppföljning av hälsoplaner samt riskbedömningar. Team-möten är nu schemalagda för 2022 där uppföljning och dokumentation kring den enskilde sker. Rutin införd där dokumentationsgranskning ska genomföras 14 dagar efter det att patienten skrivits in. Utöver det ska 10% av samtliga journaler granskas månadsvis.

### Avvikelser/Händelserapporter

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

Enligt Patientsäkerhetslagen är var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera varje förekommande fall av händelse. Rapporteringen sker till den person som vårdgivaren utsett till att ta emot sådana rapporter. Verksamheten har arbetat med att förtydliga rapporteringsskyldigheten under 2021 vilket lett till fler avvikelser än tidigare år.

**Verksamhetschef** har det övergripande ansvaret för att det finns kvalitetssystem, att dessa är kända av medarbetarna, samt att man systematiskt arbetar med att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten på enheten. I ansvaret ingår också att se till att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar.

**Kvalitetssamordnaren** har ansvar för att nya medarbetare får introduktion i kvalitetsarbetet.

**Alla medarbetare** har skyldighet att rapportera händelser i vårt digitala system för händelserapportering – Attendo Add.

Avvikelser gällande HSL under 2021 när det gäller läkemedelshantering har främst avsett missade signeringar samt att medarbetare glömt ge medicin. Möjliga orsaker kan vara att man inte signerar och ger vid samma tillfälle eller svårigheter med att tolka signeringslistan. Händelser upprättade av legitimerad personal avser främst kontrollräkning av narkotika hos den enskilde patienten när det lämnas ut som vidbehovsmedicin.

Händelser avseende MTP avser främst felaktig hantering (ex felvända komfortdynor), försening av beställningar samt hjälpmedel som inte fungerar.

Rapporteringen gällande trycksår behöver förbättras då trycksår enligt granskning av patientjournalerna uppstått i högre grad än vad som rapporterats i Attendo Add. Här behöver det ske ett förbättringsarbete gällande vad som ska rapporteras och när.

Sammanställning av utvalda händelseområden avseende HSL med exempel på identifierade orsaker och åtgärder.

Område	Händelser	Identifierade orsaker	Åtgärd	Långsiktiga åtgärder	Uppföljning åtgärd	Resultat
Fall	Verksamheten har arbetat effektivt med att fånga upp händelser avseende fall. Merparten av de fall som rapporterats sker i patientens lägenhet där patienten försökt förflytta sig själv.	Toalettbesök  Behov av hjälpmedel	Planera in tillsyn med toalettbesök efter måltid.  Förskrivning av hjälpmedel.	Fallprevention Fallriskbedömning Förbättrad dokumentation	Kvartalsvis på HSL-möte	
Läkemedel	Bristande informationsöverföring ligger som grund för många av avvikelserna gällande HSL.	Medicin delas fel efter utskrivning från slutenvården.  Säkerställa informationsöverföring vid användning av SSK från bemanningen.	Förbättrad rapportering mellan pass Uppdatera "att göra-lista i samverkan med bemanningsföretag.	Förbättra dokumentationen Tydligare mötesstruktur Samverkan med läkarorganisationen	Kvartalsvis på HSL-möte	
MTP	Beställning av produkter	För få SSK med förskrivningsrätt	Tydligare organisation – ansvarsfördelning mötesstruktur	Följa upp pågående arbete	Kvartalsvis på HSL-möte	
Trycksår	Aningen ökat antal trycksår	SSK har prioriterat vårdhygien samt användande av skyddsutrustning i handledning av personal.	Handledning av SSK.	Årsplanering HSL	Kvartalsvis på HSL-möte	
Omvårdnad	Utebliven insats	Tydlig hälsostatus saknas vid inskrivning	Kontroll av journal 14 dagar efter inskrivning	Förbättrad dokumentation	Kvartalsvis på HSL-möte	

## Klagomål och synpunkter

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



En systematisk hantering av synpunkter och klagomål är en förutsättning för förändring, utveckling och förbättring av verksamheten. Det är därför verksamheten regelbundet informerar berörda personer och närstående om vilka möjligheter som finns att framföra synpunkter eller klagomål.

På Sabbatsbergsbyn används blanketten "Vi vill bli bättre" som synlig och lätt tillgänglig vid samtliga entréer. Patienter och närstående ska regelbundet informeras om blanketten och dess syfte. Informationen om blanketten lämnas för första gången när en ny person hälsas välkommen i verksamheten. På blanketten kan berörd person skriva ner sina synpunkter, positiva och negativa. Blanketten lämnas/skickas till berörd verksamhetschef alternativt i brevlådan.

Inkomna synpunkter och klagomål som rör patient ska dokumenteras i dennes journal och rapporteras som en händelse i Add (Händelserapport) som Synpunkter/förbättringsförslag eller Synpunkter/klagomål, och ingår på så sätt i verksamhetens händelsehantering.

Det är viktigt att frågor besvaras av rätt person med rätt kompetens. Frågor som rör bistånd/insatser hänvisas till myndighetens tjänstemän. Frågor som rör ordination och behandling hänvisas till patientansvarig läkare eller sjuksköterska. Klagomål som inkommer via kund ska alltid omgående meddelas till regionchef och regional kvalitetsutvecklare som gör en bedömning om fortsatt hantering och om det ska betraktas som en allvarlig händelse.

Område	Mål	2021	Analys av resultat	Åtgärd	Om-fattning	Källa
Synpunkter	Effektiv kommunikation som ska leda till färre synpunkter och klagomål	17	Större delen av synpunkterna som inkommit har rört bristande informationsöverföring	- Mål kring brytpunktssamtal. -Säkerställa dokumentation + information till anhörig vid förändrat tillstånd.	Vid varje tillfälle – förändring – rond.	Add

3 av de klagomål som inkommit under 2021 har föranlett en utredning om allvarlig händelse.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Enheten kommer under 2022 att fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra vården på enheten genom arbetsstrukturen med egenkontroller, internrevision, händelsehantering, riskanalyser, externa granskningar samt aktivt arbete med olika kvalitetsregister. Enheten bedömer att metoden är framgångsrik då vården som bedrivs på enheten är patientsäker.



För att upprätthålla patientsäkerheten kommer enheten under 2022 fortsätta det aktiva arbetet med kompetensutveckling via utbildningar i Attendo Talents samt andra digitala utbildningar som erbjuds från regionen och kommunen. Pandemin har pågått under lång tid vilket av flera olika anledningar

har försvårat genomförande av utbildningar i grupp med praktiskt lärande från både utbildare men också av varandra.

- All HSL-personal och samtliga chefer ska genomgå socialstyrelsen utbildning för Patientsäkerhet under Q1-Q2
- Förflyttningsutbildning för säkra förflyttningar för både patienter och personal. Kompetensutveckling av rehab-personal vad gäller olika fallförebyggande projekt inom länet och Socialstyrelsen.
- Kompetensutveckling gällande förebyggande decubitusmadrasser för en mer personcentrerad förskrivning av madrasser.
- Fallprevention - ökat teamarbete – fallkonferenser
- T.I.M.E sårvårdsprojektet-
- Utbildning i dokumentation
- Handledning i BPSD
- Utbildningar i basal vårdhygien kommer att fortgå då främjandet av god hygien innebär bra förutsättningar till lägre smittspridning och genom det lägre vårdtyngd
- Inkontinensutbildning i samarbete med Attends för sjuksköterskor och inkontinensombud för att upprätthålla säkerhet, komfort och trygghetskänsla för patienten.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR för Hälso-sjukvårdsarbetet för 2022**

- 90% vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS
- 90% Hälsostatus dokumenteras vid inskrivning och går att följa i journal. Kontrolleras vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS.
- Hälsobedömning planer för identifierade problemområden/ risker för löpande HSL-dokumentation gällande
  - Fallrisk
  - Risk för undernäring
  - Risk för trycksår
  - Risk för bristande munhälsa
- Förbättra den palliativa vården gällande närvaro vid dödsögonblicket samt dokumentation av brytpunktssamtal. Följs upp kvartalsvis genom spindeln.
- 90% dokumentation om genomfört brytpunktssamtal i journal av läkare och/eller sjuksköterska. Kontrolleras vid granskning av Hsl-dokumentation genomförd av Attendos MAS.
- Minska antalet fall som lett till skada eller sjukhusvistelse.
- Öka antalet registreringar samt uppföljningar i BPSD.
- Hygienronder 1g/kvartal enligt Attendos mall för hygienrond