

Patientsäkerhetsberättelse för Mälarbackens vård- och omsorgsboende År 2024



Datum 2025-02-28

Ansvarig för innehållet: områdeschef Leila Bakhshi

Diarienummer BRO 2025/156

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen 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.



Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	11
En god säkerhetskultur	12
Avvikelser	12
Synpunkter och klagomål	14
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu	23
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Bedömning av måluppfyllelsen	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas verksamhetens arbete som genomförts under verksamhetsår 2024 för att nå en patientsäker vård och omsorg. I föregående berättelse bestäms särskilda delmål som verksamheten ska arbeta mot under året. För verksamhetsår 2024 bestämdes följande mål:

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker.

För att nå målet har verksamheten arbetat utifrån följande aktiviteter:

- Initiera införandet av digitalt verktyg för bland annat läkemedelshantering
- Ta fram nya alternativt revidera befintliga rutiner för hälso- och sjukvårdsområdet. Rutinerna ska finnas tillgängliga digitalt.
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten
- Bidra till att skapa ett gemensamt nätverk för dokumentationshandledare
- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska avvikelser
- Förbättrad dokumentation
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom verksamhetsnära utbildningar i simulerad vårdmiljö (metodrum)

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan.

För att nå målet har verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs
- Medverka och kalla till samordnad individuell plan, SIP, med relevanta parter

Verksamheten har arbetat för att nå de uppsatta målen genom en rad aktiviteter som redovisas i berättelsen och kan konstatera att ett av två delmål uppfyllts i sin helhet, och ett bedöms vara delvis uppfyllt.

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

Aktiviteten att initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering fortsätter även under 2025.

Det digitala rondverktyget Rondplattformen har implementerats under året för en säker och användarvänlig kommunikation mellan läkarorganisation och hälso- och sjukvårdspersonal på boendet.

Verksamheten tog fram nya och reviderade befintliga rutiner för hela HSL-området. Rutinerna ska finnas tillgängliga digitalt. Arbetet fortsätter under 2025.

Utifrån verksamhetens behov, och med ett ökat krav på att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser på boendet, behöver den basala medicinska utrustningen uppdateras. Verksamheten har påbörjat processen i samverkan med läkarorganisationen och medicinskt ansvarig sjuksköterska för att grundläggande medicinsk utrustning ska finnas inom verksamheten. Verksamhet har gjort en kartläggning av behovet och identifierat produkter och medicinsk teknik som behöver införskaffas. Inköpen pågår och det kommer att fortsätta även under 2025.

Verksamheten har arbetat med att förbättra dokumentation. Genom att skapa ett nätverk för dokumentationshandledare har regelbundna träffar genomförts under året. Syftet med träffarna är att lära och sprida kunskap vidare i organisationen med målet att uppnå en sammanhållen och patientsäker dokumentation. Dokumentationsgranskningarna två gånger per år utförs i fastställd mall. Dokumentation kommer att vara ett fortsatt arbete även under 2025.

Under året har verksamheten arbetat strukturerat med avvikelser och målet i sig var att minska allvarliga avvikelser. Stockholms stad vill stärka patientsäkerheten genom att i en samlad och långsiktig satsning höja kompetensen bland omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och enhetschefer genom läkemedelsutbildningar. Apoteket AB ansågs vara bäst lämpade, framför allt då uppdraget hade särskilt fokus på kvalitet och trovärdighet i genomförandet.

Under året har verksamheten implementerat nya delegeringsmetoder samt haft regelbundna verksamhetsnära utbildningar i metodrummet. Under 2025 kommer dessa kompetenshöjande insatser för vårdpersonal att fortsätta.

Förbättringsarbete för mat och måltider fortsätter. Projektet ”Mellanmål” startades oktober 2024 med fokus på förbättring och utveckling av näringsintag hos de boende. En stor satsning med att utbilda personalen och höja kunskapen i enlighet med Stockholm stads mat- och måltidspolicy om energirikt mellanmål är inplanerad till februari 2025. Arbetet sker tillsammans med dietisterna.

Delmål 2 - Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan
Verksamheten har säkerställt att samverkansrutiner finns och efterlevs och implementering har påbörjats. Alla samverkansrutiner har uppdaterats och där behov har funnits har nya rutiner upprättats. Ett fortsatt arbete kommer ske under 2025.

Verksamhetens målområden för 2025

Utifrån analysen från patientsäkerhetsarbetet för 2024 och 2025 års övergripande verksamhetsmål för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har två delmål identifierats vilka verksamheterna kommer arbeta mot under 2025.

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

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Förbättrad dokumentation
- Kunskap om basalthygien och smittskyddsarbete
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten
- Mat och måltider: mellanmålsprojekt
- Utföra kompetenshöjande insatser för all vårdpersonal genom verksamhetsnära utbildningar i simulerad vårdmiljö (metodrum)
- Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering
- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska allvarliga avvikelser
- Utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR)
- Motverka ensamhet och psykisk ohälsa
- Utveckling och förbättring av det interprofessionella teamarbetet kring patienten, exempelvis genom gemensamma samverkansträffar i olika forum

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

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner upprätthålls och efterlevs

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.

På Mälarbackens vård- och omsorgsboende finns 282 lägenheter med inriktningarna somatik, demens, korttids- och växelvård samt profil psykiatri. Dessutom finns en dagverksamhet för personer med demenssjukdom samt ett tillagningskök och en kaféverksamhet. Boendet har hälso- och sjukvårdspersonal dygnet runt och totalt cirka 400 anställda. Den chefsförtätning som tidigare genomförts har möjliggjort att uppföljningar i personalfrågor, kvalitet, ekonomi samt arbetsmiljö har kunnat genomföras och skapat tydligare styrning mot målen. Det har också resulterat i minskade sjukskrivningstal samt mer stöd till verksamhetens personal för att möjliggöra för dem att fullfölja sina uppdrag med målet att uppnå tryggare patienter och anhöriga samt en säker vård.



Övergripande mål och strategier

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. Utifrån det övergripande målet har två delmål tagits fram, vilka verksamheten arbetat för att uppnå under året. Målen har valts ut utifrån verksamhetens behov för utveckling och förbättring av patientsäker vård och redovisas nedan. Genom systematiska kontroller och uppföljningar i verksamheten identifieras och minimeras riskerna, vilket ökar möjligheterna för att bedriva säker vård av god kvalitet. Ansvar är gemensamt för vårdens alla professioner men ytterst ansvar ligger på verksamhetens ledning. Utöver den egna professionen krävs samarbete med andra professioner och med både patienter/boende/gäster och deras närstående för att uppnå en trygg och säker vård. Verksamhetens professioner bör arbeta personcentrerat, samverka i team, utöva evidensbaserad vård och eftersträva ökad kunskap för kvalitetsutveckling för att trygga en god hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet.

Följande strategier och arbetssätt har använts för att nå delmålen:

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker.

För att nå målet har verksamheten arbetat utifrån följande aktiviteter:

- *Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering* - Arbetet pågår fortfarande och delmålet är inte helt uppfyllt.
- *Ta fram nya alternativt revidera befintliga rutiner avseende HSL som ska finnas tillgängliga digitalt* - Delmålet är delvis uppfyllt. Arbetet pågår och beräknas vara klart till 2025 då alla rutiner ska finnas tillgängliga digitalt på en gemensam samarbetsyta.
- *Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten* – Delmålet är delvis uppfyllt. En diskussion om utökning av medicinteknisk utrustning på plats pågår för att uppfylla de ökade behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser som finns för att kunna erbjuda patienten vård på plats och därmed minska behovet av sjukhusbesök.
- *Bidra till att skapa ett gemensamt nätverk för dokumentationshandledare* – Delmålet är uppfyllt. Regelbundna nätverksträffar har samordnats för handledare som i sin tur sprider kunskap vidare på enheterna.
- *Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska avvikelser* – Delmålet är uppfyllt. Säkrare utbildningar inför delegering har implementerats. Säkrare medicinhantering med dubbelsignering

har införts och en övergång till att samtliga enheter använder samma signeringslistor har gjorts under året. Verksamheten arbetar kontinuerligt och systematiskt med att förebygga alla typer av avvikelser. Detta sker bland annat genom kvalitetsråd, som hålls en gång per månad, där alla avvikelser lyfts och åtgärder beslutas. Skyddsåtgärder ses över och uppdateras om behov finns.

- *Förbättrad dokumentation* - Enligt dokumentationsgranskningen som sker två gånger per år har det skett en generell förbättring. Förbättringsarbetet fortsätter.
- *Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)* - Delmålet är uppfyllt. Verksamhetsnära utbildningar med olika teman har genomförts regelbundet flera gånger under året.

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan.

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande aktivitet:

- *Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs* – Delmålet är uppfyllt. Samverkansrutiner med olika aktörer är framtagna. Implementeringsarbete pågår.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden ansvarar för en stor del av den kommunala servicen inom stadsdelsområdet och de förtroendevalda i stadsdelsnämnden beslutar vad som ska prioriteras för de kommunala verksamheterna inom området.

Stadsdelsförvaltningen

Stadsdelsförvaltningen ska genomföra nämndens beslut. Avtal finns med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskyddsenheten, Palliativt kunskapscenter samt Apoteket AB.

Enhetschef

Enhetschef ska svara för att verksamheten 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 samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne. Enhetschefen har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet av att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska i så fall dokumenteras. Då verksamheten har elva boendeenheter med olika inriktning samt tillagningskök och kaféverksamhet har enhetschefen fördelat ledningsuppgifter till två biträdande enhetschefer att ansvara för hälso- och sjukvårdsfrågor. Inom verksamheten finns totalt tolv biträdande enhetschefer som bildar verksamhetens ledningsgrupp som leds av Mälarbackens enhetschef. De lagstadgade uppgifter som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska är undantagna från verksamhetschefens ledning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, ska finnas i Stockholms stad men befattningen är inte lagstadgad. Befattningen MAS kan inte anförtros till annan än legitimerad sjuksköterska 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. Stadsdelsförvaltningen har under året rekryterat en MAR tillika adjungerad klinisk adjunkt (AKA). Tjänsten delas med en annan stadsdelsförvaltning.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan enhetschef och MAS/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/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.

För att sprida kunskap och arbeta med kompetensutveckling för en förbättrad patientsäkerhet har verksamheten organiserat hälso- och sjukvårdspersonal utifrån specialistkunskap och pedagogisk förmåga. Två specialistsjuksköterskor med kompetensinriktning kring vård av äldre har slutfört utbildningen under året. En sjuksköterska tillsammans med en undersköterska har utbildats till certifierade BPSD-utbildare. Utbildarna har specifik kompetens som innebär att de kan utbilda administratörer i att använda kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Registret används på demensenheter för att säkerställa att personer med en demensdiagnos får tillgång till den bästa tillgängliga kunskapen inom demensvård som ska leda till en god och säker vård och omsorg.

En sjuksköterska har ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdsutveckling i verksamheten. Det innebär att revidera och utarbeta lokala rutiner och arbeta med gemensamma och övergripande frågor på uppdrag av ledningsansvariga hälso- och sjukvårdschefer på Mälarbacken. Den utsedda sjuksköterskan tar del av egenkontroller och stödjer biträdande enhetschefer i arbetssätt och kvalitetsfrågor för att främja en god patientsäkerhet.

Samtliga sjuksköterskor på Mälarbacken ska utbilda det egna arbetsteamet på enheten så att omvårdnadspersonal upprätthåller en hög kompetensnivå. Så kallade verksamhetsnära utbildningar är uppdelade enligt olika teman och tidplanen löper över helår. Till stöd för utbildningarna finns ett utrustat metodrum så att utbildningen kan ske i en simulerad vårdmiljö. Det finns också ett gemensamt utbildningsmaterial i form av bilder, instruktioner och QR-koder och visningsmateriel som stödjer den utbildande sjuksköterskan i undervisningen.

Hälsofrämjande aktiviteter i funktionsbevarande syfte är den legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Kompetenserna används vid utbildningar i förflyttningsteknik som samtlig personal ska utbildas i återkommande, minst var tredje år. Rehabiliteringspersonalen är en resurs vid teammöte, kvalitetsråd samt individuella instruktioner vid utprovning av hjälpmedel. En ny organisation av rehabiliteringspersonal innebär att samtliga boenden i stadsdelen har samma arbetssätt, rutiner och att resurserna fördelas likvärdigt.

Samtlig legitimerad personal handleder högskolestudenter i grundutbildning i de olika yrkesprofessionerna. Handledarna deltar i handledarträffar och samarbetar med högskolorna för att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning till högskolorna och med den kvalitet som högskolorna efterfrågar. Målet är att samtliga studenter har möjlighet att uppnå lärandemålen under sin verksamhetsförlagda utbildning.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet samt följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. 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. Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet.

Även undersköterskor är organiserade utifrån sina kompetensområden till så kallade ombud, som till exempel Silviasyster (specialist i demensomvårdnad) och palliativa ombud. Ombuden sprider kunskap genom att handleda och introducera nyanställda och inom sitt specialområde ingår de i nätverk för att bidra till kvalitetsutveckling i verksamheten. På Mälarbacken finns flera specialistundersköterskor, som innehar en påbyggnadsutbildning med inriktning multisjuka äldre. Specialistundersköterskan ska även kunna överföra kunskap till övriga medarbetare på Mälarbacken genom att hålla i föreläsningar inom det kompetensområde som förvärvats via utbildningen.

Dietist i kommunal verksamhet

Legitimerad dietist arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutritionsstatus och näringsbehov. Dietist arbetar även med rutiner, utbildning, handledning, mat- och måltidssituation samt dygnsfasta. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig viktnedgång, ättsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen får en så god livskvalitet som möjligt. I Bromma finns två dietister anställda, de arbetar även i Hässelby-Vällingby samt Järva stadsdelsförvaltningar. Dietist har ett par gånger per termin genomfört utbildningar på olika teman för sjuksköterskor. Det har även genomförts en utbildning för sjuksköterskor i hantering av nutritions-pumpar. För omvårdnadspersonalen har utbildningar hållits kring omsorgsmåltid och dysfagi (sväljsvårigheter) på några avdelningar. För kostombuden har flera utbildningar hållits, bland annat i näringslära, mellanmål, portionsstorlekar och om kosttillägg/näringsdrycker där även provsmakning ingick. Enligt lokal nutritionsrutin finns möjlighet till individuell konsultation, förskrivning av hjälpmedel samt rådgivning för enskilda patienter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har ett flertal överenskommelser med regionen i syfte att bedriva en god hälso- och sjukvård och för att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen, kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. De överenskommelser som omfattar särskilda boendeformer inom äldreomsorg är bland annat:

Samverkan med läkarorganisationen

Representanter för läkarorganisationen, äldreomsorgens avdelningschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer samverkar regelbundet minst två gånger per år samt vid behov eller förändringar.

Medicinsktekniska produkter

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 hjälpmedel, 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

Verksamheten använder sig av regionens upphandlade nutritionsprodukter. Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg Agresso förvaras i ett gemensamt förråd med standardprodukter för nutritionsbehandling via sond vid akuta situationer.

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

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

Vårdhygien

Vårdhygien genomför vid behov hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också webbaserad utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Vårdhygien erbjuder utbildningar och rådgivning till verksamheten.

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 omvårdnadspersonal 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 regional verksamheter som geriatrik, primärvård, primärvårdsrehabilitering och slutenvården med enhetschef för enheten för biståndshandläggning och enhetschef för kommunal hemtjänst för att arbeta med de 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 säker i övergången mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård.

Arbete med strukturer för att identifiera ofrivillig ensamhet hos äldre i Bromma stadsdelsområde samt rutiner för in- och utflytt på korttidsboende är prioriterade områden även för 2025.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal har tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning i samråd med enhetschefen och MAS. Loggrapporter arkiveras på enheten. Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts under året. Vid avvikelse görs sammanställning och analys vid kvalitetsråd, samt återkoppling till MAS och berörd person. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Det digitala rondverktyget Rondplattformen som används för att kommunicera med läkarorganisationen har implementerats under året. Användandet syftar till en säkrare och användarvänlig kommunikation mellan läkarorganisation och hälso- och sjukvårdspersonal på boendet. Rondplattformen är säkerhetsklassad både på stadsdelsövergripande nivå och lokalt i Bromma innan avtal upprättades mellan parterna. Stickprovskontroller har utförts och används för att säkerställa att arbetssättet överensstämmer med en hög patientsäkerhet och resultaten visar att implementeringen ännu inte är fullständig. Eftersom systemet är nytt för verksamheten är det inte alla yrkeskategorier som har börjat använda den ännu, nytillkomna användare behöver introduceras.

En avvikelse avseende personuppgiftsincident med risk för påverkan på patientsäkerheten har inträffat i det digitala verktyget ”att göra-listan” under året. Incidenten var stadsdelsövergripande och hanterades av äldreförvaltningen. Verksamheten har säkerställt patientsäkerheten genom att gå igenom varje journal, 52 stycken, som enligt loggningen haft obehörig (från annan stadsdel) som varit inne i verktyget. Eftersom det då varit möjligt att ändra och eller radera ordinationer i listan har de journalerna granskats. De ordinationer som fanns i journalen har kontrollerats och därmed har ändringar/radering av ordinationer uteslutits. Kontakt med dataskyddsombud och ISAM samt anmälan enligt IA är upprättad och rapporterat till äldreförvaltningen. Loggkontroller i verktyget har införts och utförs kontinuerligt.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av ett fungerande nätverks- och informationssystem. Grundläggande är att tjänsterna är tillförlitliga och säkra. Enligt NIS-direktivet måste åtgärder för att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem tryggas, arbetet har initierats av stadsdelsförvaltningens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas. Behörigheter och åtkomst till olika stödsystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten. Inom verksamheten finns det en rutin för användning av lånekort till timavlönade som behöver tillgång till dokumentationssystem. Anledningen till varför timavlönade behöver ha lånekort är att anställningarna inte hinner komma in i systemet i tid vilket hindrar personen från att få behörighet i rätt tid. Vid nyanställningar ska biträdande enhetschef beställa behörighet till dokumentationssystemet genom verksamhetens administratörer i god tid.

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 avvikelser. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Avvikelser

Avvikelsehanteringsprocessen på Mälarbackens vård- och omsorgsboende ser ut som följer:

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 vidtas. 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 avvikelsen lyfts på arbetsplatsträffen för implementering i hela arbetsgruppen. Om avvikelsen bedöms som allvarlig eller som risk för allvarlig skada eller om avvikelsen uppstått på grund av brister i hälso- och sjukvårdsutövandet gör MAS en egen utredning enligt Lex Maria. Anmälan skickas till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO. Verksamheten har under året haft två anmälningar till IVO. I de båda fallen har IVO gjort bedömningen att arbetsgivarens åtgärder varit tillräckliga. IVO har därmed avslutat ärendena.

Under året har flest avvikelser registrerats inom kategorierna läkemedel och fall. Antalet avvikelser har ökat och verksamheten anser att det dels kan vara ett resultat av att avvikelserregistrering har tagits upp i olika forum och dels att en ökad tillsyn av läkemedelshanteringen vilket resulterat i att fler läkemedelsavvikelser har upptäckts. Verksamheten har påtalat vikten av att registrera och identifiera avvikelser. Målet har varit att förebygga och minska antalet allvarliga avvikelser.

Tabell 1. De vanligast förekommande avvikelserna under 2023 och 2024

Antal avvikelser för Mälarbacken 2023 och 2024		
Mest förekommande avvikelser	2023	2024
Läkemedel	136	239
Fall	481	733

Läkemedelsavvikelser

Under året har verksamheten lagt särskilt fokus på kartläggning av läkemedelsavvikelser och kan konstatera att de ökat i jämförelse med tidigare år. Utifrån kartläggningen har flertalet riskfaktorer för läkemedelshantering identifierats. De handlar bland annat om brister i följsamhet till rutiner, bristande kommunikation mellan kollegor eller arbetsgrupp samt förväxling av läkemedel vid utdelning. 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 brister i följsamheten till rutiner och att gällande arbetssätt inte följts i tillräcklig omfattning. Läkemedelsavvikelserna har varit ett uppmärksammat område då det skett allvarliga händelser vilka rapporteras enligt Lex Maria, det vill säga utifrån avvikelserna har det funnits skäl att utreda vårdskada eller risk för vårdskada samt brist i hälso- och sjukvård. Patientsäkerhetsfrämjande åtgärder har tagits fram av MAS i samråd med enhetschef samt berörd personal. Bland annat har indragning av

delegeringar förekommit och i vissa fall har förtydligande samtal med den anställde skett från arbetsgivaren då brister i följsamhet till rutiner framkommit.

Lärdomarna från avvikelserna resulterade i en ny lokal läkemedelsrutin på samtliga enheter. Rutinen omfattar ett förtydligande gällande egenkontroll av läkemedel, reflektionstid vid varje arbetspass slut i samband med överrapportering samt god kommunikation mellan omvårdnadspersonal och med sjuksköterska. Dessutom har en översyn av delegeringsprocessen genomförts och krav har ställt på att delegerad personal genomför e-utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”. Alla delegeringar följs upp efter sex månader. En mer utförlig utbildning i läkemedelshantering med patientfall har utförts på de berörda enheterna.

En av de nya rutinerna är för dosett- och dosutdelning i form av att dubbelsignering ska ske av sjuksköterskor på alla enheter inom verksamheten. Alla enheter ska även använda enhetliga signeringslistor för utdelning av dosförpackade läkemedel som en följd av anmälningarna enligt lex Maria. Följsamhet till rutinen har kontrollerats av MAS vid tre tillfällen under året. Resultatet har gått från 53-75 procents följsamhet i mätning ett och två och uppnådde 99 procents följsamhet vid sista mätningen i december.

En orsak till ökningen av avvikelser kan vara att enheterna registrerat avvikelserna i högre utsträckning än tidigare. Ytterligare en förklaring kan vara att effekten av att uppmärksamma ett bristområde medför att medarbetarna är mer uppmärksamma och fler avvikelser registreras. Verksamheten har uppmärksammat att vissa osunda beteendemönster förekommit som nu åtgärdats. Dessutom har nyckelsystemet uppdaterats på samtliga enheter.

Apoteket kvalitetssäkrar samtliga vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad genom att utbilda omvårdnadspersonal i läkemedelshantering. Stockholms stad vill stärka patientsäkerheten genom att i en samlad och långsiktig satsning höja kompetensen hos omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och enhetschefer som jobbar inom stadens kommunala vård- och omsorgsboende och servicehus. Utbildningen sker både online och på plats i verksamheten.

Fallavvikelser

Verksamheten ser att antalet registrerade fallavvikelser har ökat från 2023 till 2024. Fallavvikelser ska registreras i verksamhetssystemet Vodok och ska kompletteras i kvalitetsregistret Senior Alert. Följsamheten för registrering i kvalitetsregister Senior Alert varierar mellan enheterna vilket framkommer i skillnaden mellan antal fallavvikelser som registrerats i de olika systemen.

Under 2024 har 369 av 733 fall registrerats i Senior Alert. Underlaget visar att 92 personer sammanlagt fallit 369 gånger. De främsta bakomliggande faktorerna vid fall har varit sjukdomar, läkemedelsbehandling som gett ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster samt förvirring, desorientering eller upprördhet. Underlaget visar även att det finns fler registrerade fall på enheter för personer med en demenssjukdom än på enheter med somatisk inriktning. De främsta åtgärderna som genomförts är läkemedelsgenomgång, installation av rörelselarm samt assistans vid personlig vård och förflyttning. Av underlaget kan verksamheten dock konstatera att det finns en skillnad i registreringen av planerade och genomförda åtgärder, något som behöver förbättras. Verksamheten har analyserat underlaget i både kvalitetsregister och avvikelsemodul och kommit fram till att dels kan specifika sjukdomar och bakomliggande symtom leda till upprepade fall för samma individ och dels att de som flyttar in till boendet har en sämre hälsa vilket kan vara en anledning till ökad fallrisk. Ytterligare en anledning kan vara att personal uppmanats att skriva avvikelser. Avvikelseerna lyfts på kvalitetsråd där analys av åtgärder samt förebyggande arbete diskuteras i team med flera yrkeskategorier.

Synpunkter och klagomål

Att ta emot klagomål och synpunkter är ett annat sätt att förstå styrkor och svagheter i patientsäkerhetsarbetet. De utgör även ett viktigt underlag för att förbättra kvaliteten. En viktig del av kvalitetsledningssystemet är att det ska vara lätt och begripligt för både patienter, anhöriga/närstående och andra aktörer att delge verksamheten synpunkter och klagomål.

Genom månadsbrev som biträdande chefer skickar ut till boende och anhöriga/närstående finns information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Det finns ett flertal lådor både på enheterna samt vid administrationen där blankett med synpunkt eller klagomål kan lämnas. Inkommen synpunkt eller klagomål hanteras skyndsamt av respektive chef, oftast genom personlig kontakt. Inför varje tertiärrapport sammanställs inkomna synpunkter och klagomål, samt sorteras utifrån olika områden som tillgänglighet, bemötande, kompetens, kontinuitet, information, handläggning och insatsens innehåll.

Under året har 250 positiva synpunkter inkommit till verksamheten. Synpunkter handlade om positivt bemötande, om bra information och insatsens innehåll. 4 klagomål har inkommit under året avseende tillgänglighet, önskemål om mera träning av rehabiliteringspersonal. Verksamheten kan anta att det finns en underregistrering av inkomna synpunkter och klagomål. Verksamheten är medveten om att personal ofta åtgärdar synpunkter/klagomål direkt när det uppmärksammas och inte registrerar detta. Det finns brister i rapporteringen av synpunkter och klagomål, dels för att ett användarvänligt system för hantering av synpunkter och klagomål saknas och dels för att rutinen inte är implementerad fullt ut.

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.



Utbildningsinsatser under 2024

- Reflektionsmöten i lärande syfte med Palliativa ombud
- Webbaserad hygienutbildning
- Webbaserad demensutbildning
- Läkemedelsutbildning inför delegering
- Kompetenshöjande verksamhetsnära utbildningar för omvårdnadspersonal
- Ergonomi- och förflytningsutbildning
- Mat- och måltider, måltidsobservation, internutbildning med dietist
- Vodok-nätverk för HSL-personal
- Påbyggnadsutbildning för undersköterskor USK3 + USK4
- Silviacertifieringsutbildningen för ny anställda och de som inte hade utbildningen tidigare, ca 50 medarbetare genom Silviahemmet
- Reflektionsledare, utbildning genom Silviahemmet
- Regelbundna nätverksträffar för samtliga sjuksköterskor på Mälarbacken
- Kvalitetsombud i syfte att uppnå kollegialt lärande samt förbättra kvaliteten i vård och omsorg
- Läkemedelsgenomgång med patientfall för att jobba säkert med läkemedel
- Sårutbildning till all vårdpersonal som leder till certifiering
- Brandutbildning för samtliga medarbetarna
- Palliativ ombudsutbildning

- BPSD utbildning för personal på demensenheter
- HLR huvudinstruktörs och instruktörs utbildning samt HLR utbildning till personal

Kontinuitet i personalstyrkan är en viktig parameter för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att tillsätta vakanta tjänster har både kontinuitet och kompetens ökat i yrkesgrupperna. Ett arbetssätt som på sikt väntas bidra till att öka personalkontinuiteten är arbetet med heltid som norm som har införts under året. 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 personalsystem. Det medför att verksamheten behöver anpassa sina scheman så att ordinarie personal bemannar istället för timavlönade. 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 verksamheten. Ett upparbetat samarbete med högskola och gymnasieskolor finns och verksamheten erbjuder platser för verksamhetsförlagd utbildning samt platser för arbetsplatslärande. Mälarbacken har under året erbjudit 32 högskolestudenter verksamhetsförlagd utbildning och cirka 30 gymnasieelever har erbjudits arbetsplatslärande praktik.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Verksamheten bjuder in patienten och eventuella anhöriga till vårdplanering/samtal vid inflytt samt vid behov. Vid dessa tillfällen delges information om verksamheten och frågor kan besvaras om samtycke inhämtats från den boende. Vid mötena efterfrågas önskemål om delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet. Digitala funktionsbrevlådor finns kopplade till respektive enhet för att underlätta för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal samt att kunna lämna synpunkter och klagomål. Det finns även fysiska brevlådor för inlämnande av synpunkter eller klagomål från boende eller dess anhöriga. Medverkan i möten kan ske digitalt vilket underlättar anhörigas/närståendes möjlighet till delaktighet. Vid verksamhetens korttids-/växelvård bjuds anhöriga/närstående in att delta vid vårdplaneringar och uppföljningar som sammankallas till via enheten för biståndshandläggning.

För att möjliggöra att de boende kan påverka sin vård och omsorg har de somatiska enheterna borådsmöten. De boende kan där få ytterligare information om verksamheten och ges även möjligheten att vara med och påverka samt framföra synpunkter och klagomål.

En välkomstbroschyr lämnas vid inflytt. Ett månatligt informationsbrev med nyheter och allmän information görs tillgängligt för boende/patienter men skickas även till anhöriga. I breven erbjuds anhöriga att lämna in synpunkter och klagomål. Informationsbrev med nödvändig allmän information om tillvägagångssätt och förhållningssätt för att till exempel påminna om ”säkra besök” vid förhöjd risk för smittspridning har skickats vid flera tillfällen.

Matrådet är ett forum för boende på somatiska enheterna där de kan framföra sina synpunkter och har möjlighet att påverka beslut gällande mat och måltider.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Tabell 2. Planerade egenkontroller för år 2024

Egenkontroll för 2024:	Omfattning	Analys
<p>Dokumentation i journalsystem Vodok*</p> <p>* Vodok är dokumentationssystemet för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunen.</p>	2-3 ggr/år	<p>Resultat/åtgärder: Av granskningarna framkommer att användandet av frastexter behöver utvecklas. Hälsoplanerna behöver utgå från riskbedömningar och dokumentationen enligt SoL och HSL behöver överensstämma.</p> <p>Granskningen visar att läkemedelsgenomgångar var utförda.</p> <p>Åtgärder tas upp på HS-mötena på enheterna 1 gng/månad samt på Mälarbackens gemensamma HS-möte som sker 2 ggr/termin.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har följs upp tillsammans med MAS vid flera tillfällen och tagits upp på kvalitetsforum. Arbetet kommer att fortgå under 2025.</p> <p>Även dokumentationsgranskningarna kommer att fortgå under kommande år.</p>
Delegering	1ggr/år	<p>Resultat/åtgärder: Antalet läkemedelsavvikelser ökade något under 2024. För att minska risken för avvikelser införde vissa enheter ett nytt arbetssätt där personalen kontrollerar varandras signering två ggr/dag. Dessutom infördes en förstärkt delegeringsutbildning för att identifiera personer som behöver extra stöd i läkemedelshantering.</p> <p>Uppföljning av alla delegeringar sker inom 6 månader, dokumenteras och sparas i pärm på enheten. Alla delegeringar görs i Vodok med ett standardiserat dokument.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Vi har infört ett nytt system för delegeringar. En ansvarig sjuksköterska på Mälarbacken gör stickkontroller flera gånger under året och tar upp synpunkter direkt med berörd enhet samt på sjuksköterskemöte.</p>

<p>Loggkontroll (Vodok och NPÖ*, ”att göra- lista”)</p> <p>* NPÖ står för Nationell patientöversikt och är ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring.</p>	<p>1 patient/1 personal/mån</p>	<p>Resultat/åtgärder: Loggkontroll i Vodok utförs varje månad av biträdande enhetschef enligt rutin. En avvikelse avseende personuppgiftsincident med risk för påverkan på patientsäkerheten har inträffat i det digitala verktyget ”att göra-listan” under året, se avsnitt informationssäkerhet. Arkiveras i digital mapp.</p> <p>Loggkontroll i NPÖ har genomförts regelbundet enligt rutin och inga avvikelser har noterats. Arkiveras i digital mapp.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Månadsvis kontroll av alla loggkontroller enligt rutin.</p>
<p>Läkemedelsgenomgång m. symtomskattning</p>	<p>1 ggr/år + vid behov</p>	<p>Resultat/åtgärder: Genom egenkontroll av dokumentationen säkerställs att läkemedelsgenomgång genomförts en gång per år. Det genomfördes två-tre dokumentationsgranskningar på enheterna och inga avvikelser upptäcktes.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
<p>Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut</p>	<p>1gång/år</p>	<p>Resultat/åtgärder: Återkoppling efter granskningen visade utveckling på alla punkter på alla enheter. Förtydligande av rutin behövdes och åtgärd pågår.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Förbättringsarbete fortsätter.</p>
<p>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner</p>	<p>2ggr/år</p>	<p>Resultat/åtgärder: Observationer visar på god följsamhet. Systematisk uppföljning av hygienkontroller utförs minst var tredje månad av hygienombud. Från hösten registreras sammanställningen i verktyget Esmaker.</p> <p>Resultatet presenteras på APT och lagras i digitala mappar.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Förbättringsarbete fortsätter. Även om resultatet var godkänt kommer smittskyddsarbetet att vara en viktig del av kvalitetsarbetet.</p>

Funktionskontroll MTP (medicintekniska produkter)	Varje vecka/månad/år	<p>Resultat/åtgärder: Funktionskontroll är genomförd och signeringslista förvaras i digital mapp. Inga avvikelser är registrerade.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Egenkontroller fortsätter. Utifrån verksamhetens behov och med utökade krav för hälso- och sjukvårdsinsatser ser verksamheten att behovet av nya medicintekniska produkter ökar. Därför finns det som delmål för 2025.</p>
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	<p>Resultat/åtgärder: Se tabell 3 på sida 20</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
Nattfasta	2 gånger/år	<p>Resultat/åtgärder: Antalet boende som har en nattfasta som understiger rekommenderade 11 timmar har ökat, vilket är en effekt av de åtgärder som verksamheterna implementerat.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Förbättringsarbete fortsätter. En stor satsning med att utbilda personalen att höja kunskapen enligt Stockholm stads mat- och måltidspolicy om energirikt mellanmål är inplanerad till februari 2025.</p>
Viktmätning	Var 3:e månad, vid behov oftare	<p>Resultat/åtgärder: Viktmätning har genomförts och dokumenterats i patientens journal.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
Förekomst av trycksår	1 gång/år	<p>Resultat/åtgärder: Följs genom punktprevalensmätning i kvalitetsregistret Senior alert/journalsystemet Vodok.</p> <p>I tabell 3 på sida 20 redovisas antalet trycksår.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Fortsatt genomförande av egenkontroller och verksamhetsnära utbildningar i förebyggande syfte. Kompetenshöjande insatser för vårdpersonal är delmål för 2025.</p>

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning	1 gång/år	<p>Resultat/åtgärder: Registreras i berörda register.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
<p>Uppföljning av skyddsåtgärder</p> <p>Skyddsåtgärder är åtgärder som syftar till att minska skador eller risk för skador hos patienten.</p> <p>Exempelvis sänggrind eller positioneringsbälte i rullstol.</p>	1 ggr/mån i kvalitetsråd	<p>Resultat/åtgärder: Ordination av skyddsåtgärd sker alltid efter noggrant övervägande och i dialog med alla yrkesprofessioner samt patientens medgivande.</p> <p>Verksamheterna genomför individuella uppföljningar kontinuerligt för att säkerställa att skyddsåtgärder inte överanvänds. Målsättningen i verksamheterna är att ha så få skyddsåtgärder som möjligt. Skyddsåtgärder följs upp på kvalitetsråd en gång per månad.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
Synpunkter/klagomål som rör hälso- och sjukvård	Kontinuerligt	<p>Resultat/åtgärder: Under 2024 har ca 225 positiva synpunkter registrerats samt 6 klagomål. Från patientnämnden har 2 klagomål registrerats.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
Avvikelser/händelser Hälso- och sjukvård	1 gång/månad i kvalitetsråd	<p>Resultat/åtgärder: Totalt har 239 läkemedelsavvikelser och 733 fall-avvikelser registrerats.</p> <p>Uppföljning av åtgärd: Förbättringsarbete fortsätter. Stockholms stad vill stärka patientsäkerheten genom att i en samlad och långsiktig satsning höja kompetensen hos omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och enhetschefer som jobbar inom stadens kommunala vård- och omsorgsboende och servicehus. Införande av digitala verktygen för signering av omvårdnadsinsatser och läkemedel är delmål för 2025.</p> <p>Fallförebyggande åtgärder hanteras interprofessionellt på kvalitetsråd enhetsvis</p>
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	<p>Resultat/åtgärder: Regelbundna och korrekta kontroller månadsvis.</p>

		<p>De avvikelser som rapporterats under 2024 är hanterade enligt lokal läkemedelsrutin.</p> <p>Uppföljning av åtgärd:</p> <p>Genomförande av egenkontroller fortsätter.</p>
--	--	--

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbat 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. Under avsnitt ” En god säkerhetskultur” på sida 10 finns redogörelse för avvikelshanteringsprocessen.



Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Senior alert

Ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stärka det förebyggande arbete för äldre personer som har risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och blåsdysfunktion. Senior alert utgår från teamarbete. Teamet består av olika professioner, bland annat sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut samt dietist. Sjuksköterskan informerar patienten om Senior alert och inhämtar samtycke och dokumenterar i journalsystemet.

Resultaten från registret visar på en hög användning, 668 bedömningar. Riskbedömningar genomförs vid inflyttning samt vid uppföljning efter sex månader eller vid behov. Av de utförda riskbedömningarna påvisar 96 procent av dem en risk för undernäring, fallrisk 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 3. Utdrag från Senior alert (2024), där de tre gröna kolumnerna visar att vårdpreventiva åtgärder är vidtagna för riskområden trycksår, undernäring, fall samt ohälsa i munnen.

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Mälarbackens Vård och Omsorgsboende	298	96% 543 av 563	92% 499 av 543	98% 532 av 543	85% 381 av 447	50 39 personer	139 personer	377 94 personer	102 personer	
Trycksår		31% 176 av 563	95% 168 av 176	97% 171 av 176	85% 119 av 139					
Undernäring		67% 379 av 563	95% 361 av 379	97% 369 av 379	83% 246 av 300					
Fall		83% 470 av 563	96% 446 av 470	99% 463 av 470	87% 345 av 398					
Munhälsa		43% 237 av 554	88% 208 av 237	98% 232 av 237	84% 163 av 194					

Svenska HALT

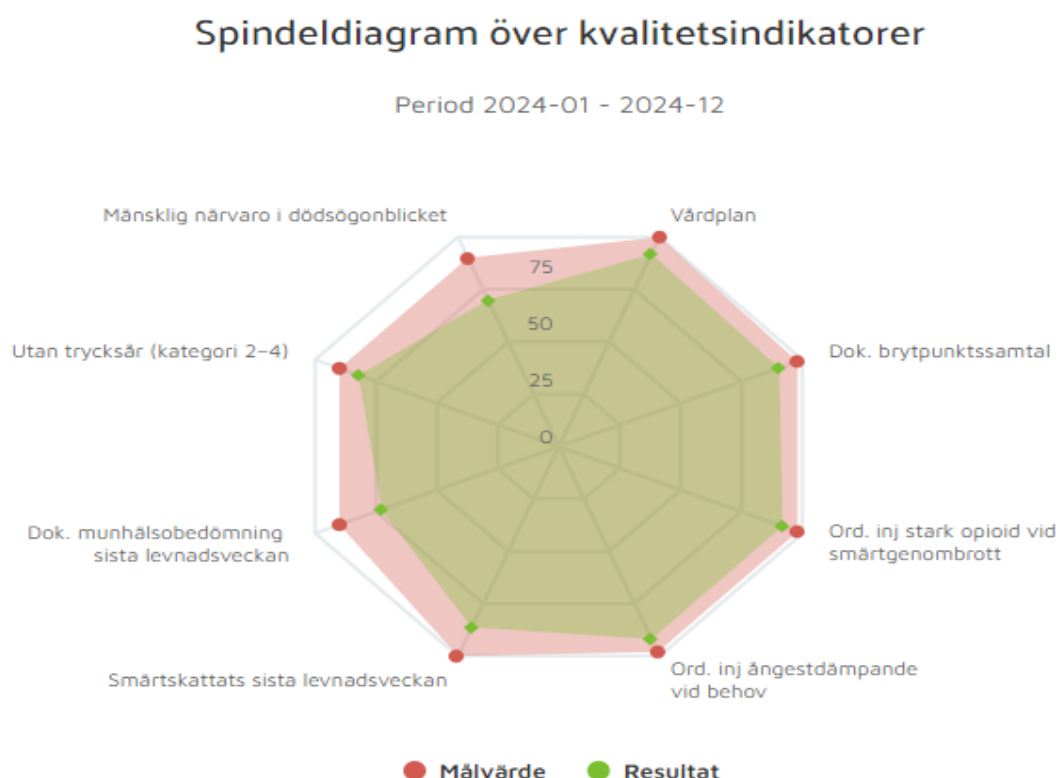
Svenska HALT är en metod som mäter vårdrelaterade infektioner som till exempel lunginflammation, hudinfektion eller urinvägsinfektion samt antibiotikaanvändning hos vårdtagare på vård- och omsorgsboende. Mätningen sker en gång per år, en bestämd dag. Resultatet från samtliga elva enheter som registrerade i HALT visar att 27 av 253 patienter hade en pågående infektion vid mättillfället. Totalt för verksamheten var antibiotikaanvändningen 10,7 procent vid det aktuella mättillfället (november 2024).

Svenska palliativregistret

Palliativregistret är ett kvalitetsregister vars syfte bygger på att förbättra vården i livets slutskede för patienten och dennes närstående. Sjuksköterskan registrerar dödsfallet i registret och dokumenterar hela teamets insatser.

Resultatet som bygger på 67 registreringar visar att det i hög grad finns läkemedelsordinationer i samband med palliativvård samt att trycksår i samband med palliativvård är sällan förekommande. Diagrammet visar också på goda resultat med vårdplaner som innehåller brytpunktsamtal, munhälsobedömning och smärtskattning. Det som har fått ett något lägre resultat var parametern mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Personal erbjuder alltid tät tillsyn vid palliativ vård. Det görs alltid en individuell bedömning av behovet av mänsklig närvaro i det palliativa skedet. Dock är det svårt att bedöma när själva dödsögonblicket inträffar. De förbättringar som verksamheten kan arbeta särskilt med är smärtskattning med evidensbaserat instrument samt bedömning av munhålan. En ny indikator som följs i registret är även antalet upprättade vårdplaner för palliativvård. Resultatet för indikatorn visar att patienter i palliativ vård har haft en vårdplan i 91 procent av fallen.

Figur A. Utdrag från palliativa registret.



BPSD-registret

BPSD står för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Syftet med BPSD-registret är att utveckla ett arbetssätt för att kunna förebygga och minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demensdiagnos. Under året har verksamheten fått en förnyad Silviacertifiering genom en tre dagars kompletterande utbildning till alla nyanställda samt till somatiska enheter. En Silviasjuksköterska och en Silviasyster (undersköterska) är certifierade och håller utbildning för nya BPSD-administratörer. Mälarbacken utbildade under året 24 nya BPSD-administratörer. En genomgång och analys av registreringarna visar att antalet registreringar kan påverkas av vilken rutin och struktur som finns på respektive enhet. Enskilda administratörers engagemang kan också vara en bidragande faktor till många registreringar. Vid nätverksträffen för certifierade utbildare poängterade deltagarna att det är större möjlighet att komma igång och använda BPSD-registret om registreringarna efterfrågas i den egna verksamheten och även högre upp i organisationen, likt andra kvalitetsregister som Senior alert och Palliativa registret. Antal registreringar uppgick till 111 stycken under 2024.

Läkemedelsgenomgångar

Både en enkel och fördjupad genomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Genomgången utförs av läkarorganisation i samarbete med hela teamet. Genomförandet kontrolleras bland annat vid dokumentationsgranskning som genomfördes vid 2-3 tillfällen under 2024. Samtliga granskade journaler hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång och ingen avvikelser från läkarorganisationen om utebliven läkemedelsgenomgång har inkommit under året, vilket tolkas som att processen är tillförlitlig.

Team-/gruppmöte

Alla enheter på Mälarbacken har team-/gruppmöten. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biträdande enhetschef. På korttidsenheten deltar även samordnaren på mötet. Den personcentrerade omvårdnaden är i fokus på mötena och varje yrkeskategori dokumenterar i patientens journal kring omvårdnadsåtgärder, bedömningar, hjälpmedel, uppföljningar och bemötandestrategier samt om patientens förmåga att tillgodogöra sig insatserna som teamet gemensamt beslutat. Vid eventuellt ställningstagande till skyddsåtgärder tas ett teambeslut.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Hygienombuden kontrollerar två gånger per år personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, samt gör en sammanställning som sedan lämnas till biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef analyserar resultatet och sätter in åtgärder vid behov. Ett utarbetat webbaserat analysverktyg Esmaker som började användas under hösten bidrar till en strukturerad uppföljning och analys, vilken kan följas över tid. Resultatet visar en övergripande god följsamhet till de basala hygienrutinerna samt klädregler. Vid några enstaka tillfällen används inte handsprit före påtagning av handskar. I bearbetning av analysen framkommer att personalen anser att handskarna känns svåra att dra på till följd av fuktig hud. Det kan avhjälpas genom att låta händerna lufttorka innan handsken tas på eller genom att använda en större storlek.

Förflytningsutbildning

Utförs av rehab-personal för omvårdnads- och legitimerad personal med fokus på patientens säkerhet vid lyft och förflyttningar. Utbildningen genomförs inför sommaren och vid behov under övriga året så att samtlig personal har uppdaterade kunskaper i förflyttningsteknik. Förflyttning med personlyft får inte göras om personalen inte genomgått förflytningsutbildningen. Incidentanmälningar eller avvikelser som är kopplade till förflyttningar har inte inkommit till verksamheten under året.

HSL-möten för hälso- och sjukvårdspersonal

Ett forum där övergripande och aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor diskuteras. På forumet går även nya och reviderade rutiner som är kopplade till lagkrav och riktlinjer igenom samt MAS/MAR-direktiv. Utifrån verksamhetens egenkontroll för avvikelser tar biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar och enhetschef fram vilka åtgärder som behöver införas för att en god patientsäkerhet ska upprätthållas. Tillämpning, arbetssätt, uppföljning och revidering av rutiner i verksamheten arbetas fram med hjälp av en hälso- och sjukvårdsutvecklare.

Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Extern kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelsförråd, läkemedelshantering och rutiner sker en gång per år. Protokoll från Apoteket AB med återkoppling till verksamheten med förslag på förbättringsområden används för verksamhetsutveckling. Årets granskning visade en förbättring på alla punkter jämfört med förra året. Det framkom dock behov av förtydligande av vissa punkter i läkemedelsrutin. Verksamheten har arbetat för säkra delegeringar och alla delegeringar ska registreras i Vodok. Delegeringsutbildningen förstärks och följs upp med ett praktiskt prov med delegerande sjuksköterska. Inom sex månader görs ytterligare en uppföljning med delegerad personal.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Mälarbacken har en hög beredskap för identifierade oväntade händelser och situationer. Kunskap och stöd är tillgänglig för, och förankrad hos, samtliga medarbetare. Kris- och kontinuitetsplan finns. Krisledningen och/eller information om detta är känd hos samtliga medarbetare.



Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Det är också viktigt att förstå vad som bidrar till risker, avvikelser och vårdskador. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att också faktorer på systemnivå analyseras och ger underlag till förbättringsarbete. Genom att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador ökar verksamhetens patientsäkerhet. Verksamheten kan då arbeta förebyggande och kan stimulera kunskapsutveckling inom områden som ansetts svagare vilket även det ökar förutsättningarna för en säker vård.

Bedömning av måloppfyllelsen

För verksamhetsår 2024 bestämdes följande mål:

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker.

För att nå målet har verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- *Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering. Målet har inte uppfyllts. Processen är framflyttad till 2025.*
- *Ta fram nya och revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt. Målet har uppfyllts. Nya och reviderade HSL-rutiner är framtagna och är i slutprocessen. Rutinerna ska finnas tillgänglig på en digital samarbetsyta senast i slutet av året.*

- *Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten.* Målet är delvis uppnått. Verksamhet har gjort en kartläggning av behovet och framtagit en inköpslista. Inköp pågår och fortsätter till 2025.
- *Bidra till att skapa ett gemensamt nätverk för dokumentationshandledare.* Målet är uppfyllt. Verksamheten har utsett en sammanhållande Vodok-handledare som har regelbundna träffar, med syfte att lära och utveckla en sammanhållen dokumentation.
- *Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska avvikelser.* Målet är delvis uppnått. Implementering av nya delegeringsmetoden samt regelbundna verksamhetsnära utbildningar har resulterat till att vi jobbar förebyggande kring målgruppen. Målet i sig är att jobba strukturerat med avvikelserna. Arbetet kommer att fortsätta även 2025.
- *Förbättrad dokumentation.* Målet är delvis uppfyllt, men resultatet av granskningar har visat en stor förbättring. Arbetet fortsätter även under 2025.
- *Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum).* Målet är uppfyllt. Verksamhetsnära utbildningar har genomförts regelbundet under hela året. Arbetet kommer att fortsätta även under 2025.

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan.

För att nå delmålet har verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- *Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs.* Målet är delvis uppfyllt. Alla samverkansrutiner har uppdaterats och vid behov har nya tagits fram. Arbetet pågår med implementering samt efterlevnad till samverkans avtal. Arbetet kommer även pågå under 2025.
- *Medverka och kalla till samordnad individuell plan, SIP, med relevanta parter.* SIP genomförs vid behov.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analysen från patientsäkerhetsarbetet för 2024 och 2025 års övergripande verksamhetsmål för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har två delmål identifierats vilka verksamheterna kommer arbeta mot under 2025.

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker.

För att nå målet har verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Förbättrad sammanhållen dokumentation.
- Kunskap om basalhygien och smittskyddsarbete.
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten.
- Mat och måltid - mellanmålsprojekt.
- Utföra kompetenshöjande insatser för all vårdpersonal genom verksamhetsnära utbildningar i simulerad vårdmiljö (metodrum).
- Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering.
- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska allvarliga avvikelser.
- Utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR)
- Motverka ensamhet och psykisk ohälsa
- Utveckling och förbättring av det interprofessionella teamarbetet kring patienten, exempelvis genom gemensamma samverkansträffar i olika forum

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

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Säkerställa att samverkansrutiner upprätthålls och efterlevs