

**Patientsäkerhetsberättelse för
Brommagården och Sörklippan
vård- och omsorgsboenden
År 2022**



Datum: 2023-02-23

Ansvarig för innehållet: Enhetschef Madeleine Wahlström

Diarienummer

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §* ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8

Samverkan för att förebygga vårdskador	16
Informationssäkerhet	17
En god säkerhetskultur	17
Adekvat kunskap och kompetens	17
Patienten som medskapare	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Säker vård här och nu	25
Riskhantering	26
Stärka analys, lärande och utveckling	26
Avvikelse	26
Klagomål och synpunkter	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	28

SAMMANFATTNING

Verksamheternas övergripande mål för patientsäkerhetsarbete är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt.

För att nå det övergripande målet har verksamheterna inriktat sitt arbete mot sju delmål.

Delmål 1 – Säker informationsöverföring mellan samtliga professioner

Delmål 2 – Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Delmål 3 – Öka registrering i kvalitetsregister

Delmål 4 – Förbättrad avvikelshantering och hantering av synpunkter och klagomål

Delmål 5 – Säker läkemedelshantering

Delmål 6 – Minska nattfastan

Delmål 7 – Utveckla gemensamma arbetssätt samt fortsatt kompetensutveckling

Ett antal åtgärder har vidtagits för att nå målen, men alla planerade insatser har inte kunnat genomföras med anledning av pågående omorganisation i verksamheten samt stor omsättning på olika professioner under året.

Planering av ett gemensamt kvalitetssystem för verksamheterna påbörjades i december 2022 som ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera insatserna kopplat mot förbättrad patientsäkerhet. I arbetet ingår bland annat att verksamheten ska arbeta mer systematiskt med avvikelshantering och egenkontroller i syfte att minimera risk för vårdskador. Verksamhetens målsättning är att ta tillvara hela teamets kompetens som består av legitimerad personal, omvårdnadspersonal samt ledningen för att skapa en individuellt utformad, trygg och säker vård- och omsorg med hög patientsäkerhet dygnet runt.

Måluppfyllelse: Delmål 1 – Säker informationsöverföring mellan samtliga professioner

Målet är delvis uppfyllt. Rutiner och arbetssätt finns för att säkerställa informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, liksom mellan dag- och nattpersonal.

Verksamheten behöver dock fortsatt säkerställa implementering av rutinerna inom båda verksamheterna.

Måluppfyllelse: Delmål 2 – Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Målet är delvis uppfyllt. Resultat från dokumentationsgranskningen visar en förbättring men det finns fortsatt brister. Öka patientens delaktighet och göra den synlig i omvårdnadsjournalen är ett förbättringsområde. Vidare behöver komplettering av hälsoplaner och uppföljningar utvecklas. Tätare samarbete mellan Brommagården och Sörklippans hälso- och sjukvårdspersonal och att införa kollegial granskning är ytterligare åtgärder som planeras framöver.

Måluppfyllelse: Delmål 3 – Öka registrering i kvalitetsregister

Målet är delvis uppfyllt. **S**å gott som samtliga patienter är registrerade i Senior Alert. Däremot har verksamheten inte tillräckligt antal BPSD- administratörer för att utföra registreringar i BPSD- register (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Detta är ett utvecklingsområde framåt.

Måluppfyllelse: Delmål 4 – Förbättrad avvikelshantering och hantering av synpunkter och klagomål

Målet är delvis uppfyllt. Ökad avvikelserregistrering noteras för båda verksamheter när det gäller läkemedelsavvikelser. När det gäller registrerade fallavvikelser har det totala antalet vid båda verksamheter minskat sedan föregående år. Vid en av verksamheterna har antalet däremot ökat. När det gäller synpunkter och klagomål har de delvis skett muntligt till omvårdnadspersonal och ledning. De synpunkter och klagomål som inkommit skriftligt har hanterats och åtgärdats skyndsamt av verksamhetens ledning enligt fastställd rutin. Avvikelsehantering och systematiserad hantering av klagomål och synpunkter behöver fortsatt utvecklas under 2023 med bl.a. regelbunden hantering vid teamträffar och på kvalitetsrådsmöten. Information till omvårdnadspersonalen på arbetsplatsträffarna om vikten av att registrera avvikelser samt att även registrera inkomna avvikelser och synpunkter är ytterligare en åtgärd som planeras.

Verksamheterna ska även synliggöra var närstående och boende kan hitta blanketter för att skriftligt lämna klagomål och synpunkter samt även informera närstående om synpunktshanteringen via ett närståendemöte under våren.

Måluppfyllelse: Delmål 5 – Säker läkemedelshantering

Målet är delvis uppfyllt. Rapporten från den externa apoteksgranskningen har endast visat ett fåtal förbättringspunkter. De flesta är redan åtgärdade bl.a. införandet av en systematisk återkommande påminnelse för narkotikaräkningen. Även nya dokument för förbrukningsjournal gällande narkotikapreparat är beställda och är i bruk. All delegerad omvårdnadspersonal har genomgått webbutbildning ”jobba säkert med läkemedel” innan genomgång av delegeringsprocess med sjuksköterskan. Verksamheten behöver implementera ett sätt att ytterligare kvalitetssäkra hantering av läkemedel då antal läkemedelsavvikelser har ökat under 2022 på Sörklippan. Samtidigt kan en förklaring till ökningen vara att personalen har blivit bättre på att skriva avvikelser.

Måluppfyllelse: Delmål 6 – Minska nattfastan

Målet är delvis uppfyllt. Senast mätningen utförd under hösten 2022 visar en förbättring jämfört med mätningen våren 2022. Under våren hade 20 boende en nattfasta som understiger 11 timmar. Under hösten var antalet 51. En trolig orsak är en förbättrad personalkontinuitet vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal, samt att informationsmöten med dietist har ägt rum inför den senaste mätningen. Verksamheten behöver fortsätta satsa på kompetensutveckling utifrån olika teman för att utveckla omvårdnadspersonalens kunskap och lyfta fram vikten av mat och näring hos äldre samt att chef registrerar resultatet i Stockholms stads verksamhetsplaneringssystem ILS. Dietisten bjuds in för att informera och engagera kring mat och måltidsmiljö.

Måluppfyllelse: Delmål 7 – Utveckla gemensamma arbetssätt samt fortsatt

kompetensutveckling

Målet är ej uppfyllt. Verksamheten har under året påverkats av personalomsättning bland både chefer och legitimerad personal, vilket är en huvudförklaring till att planerade åtgärder inte kunnat genomföras. I december har en struktur och gemensamma rutiner påbörjats för att hitta gemensamma arbetssätt i syfte att öka kvaliteten. Verksamheten fortsätter att utveckla ett gemensamt och levande ledningssystem under 2023 och utveckla samarbetet mellan enheterna. Ett verktyg med aktiviteter för hälso- och sjukvård i form av ett årshjul som är tillgängligt för all hsl-personal. Regelbundna och gemensamma hälso- och sjukvårds-möten tillsammans med HSL-ansvarig kommer att utvecklas under 2023.

Vid sidan av det övergripandet målet har verksamheternas fokus under året varit att bedriva ett patientsäkerhetsarbete för att skydda de boende mot Covid-19 pandemin. I arbetet har de riskreducerande åtgärder som rekommenderats från Folkhälsomyndigheten och andra myndigheter använts.

Nya mål för patientsäkerhetsarbetet under 2023

Förutom att bibehålla förbättrade resultat vad gäller patientsäkerhetsarbetet under 2022, visar analys och resultat på nya utvecklingsområden för verksamheten. Med grund i resultaten från 2022 års patientsäkerhetsberättelse har fyra nya delmål identifierats vilka verksamheten kommer arbeta mot under 2023.

Delmålen är

1. Säker vård för hög patientsäkerhet
2. Undvika/minska risk för trycksår
3. Utveckla ett gemensamt arbetssätt
4. Kompetenshöjning och utbildning för patientsäkerhetsarbetet

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



Övergripande mål och strategier

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

För att nå det övergripande målet har verksamheterna inriktat sitt arbete mot sju delmål.

Delmål 1 – Säker informationsöverföring mellan samtliga professioner

Delmål 2 – Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Delmål 3 – Öka registrering i kvalitetsregister

Delmål 4 – Förbättrad avvikelshantering och hantering av synpunkter och klagomål

Delmål 5 – Säker läkemedelshantering

Delmål 6 – Minska nattfastan

Delmål 7 – Utveckla gemensamma arbetssätt samt fortsatt kompetensutveckling

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

- Egenkontroll av dokumentationsgranskning. Verksamheten har personal med mångårig erfarenhet och kompetens inom patientsäkerheten. Egenkontroll av dokumentationsgranskning utifrån fastställd mall samt kollegial granskning 2 ggr/år enligt årshjulet för hälso- och sjukvård.
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom nationell punktprevalensmätning 2ggr/år samt egenkontroll 1gång/månad.
- Mätning av nattfasta som är gemensam för Stockholms stad, utarbetad och fastställd av dietist och målsättningen är att den ska understiga 11 timmar. Resultatet av nattfastemätning ska redovisas i Stockholms stads verksamhetsplaneringssystem ILS med åtgärdsplaner.
- Riskbedömning/screening av fall, trycksårskada, undernäring, inkontinens och munhälsa i kvalitetsregistret Senior Alert, som är ett evidensbaserat verktyg för riskbedömningar i vård och omsorg.
- Mätning av förekomst av tryckskada genom nationell punktprevalensmätning 1 gång/år
- Läkemedelsgenomgång med symtomskattning PHASE20/PHASE Proxy minst 1 gång/år samt vid behov.

- Kvalitetsuppföljning med farmaceut 1 gång/år.
- Funktionskontroll MTP enligt verksamhetens rutin.
- Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning genom nationell punktprevalensmätning HALT 1 gång/år.
- Registrering i Palliativa register i syfte att höja livskvalitet i livets slutskede.
- Introduktion av nyanställda med webbutbildningar samt interna utbildningar.
- Utveckla och bibehålla kompetens genom utbildning/fortbildning.
- Avvikelsehantering i kvalitetsråd med deltagande av bitr. enhetschef för en systematisk utredning och uppföljning.

En stor del av arbetet under 2022 har varit att observera, stötta, handleda och kontrollera en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Ett förbättringsarbete har påbörjats inom hälso- och sjukvårdsarbetet med fokus på att säkerställa informationsöverföring och tydliga rutiner när vikarier kommer till verksamheten.

Verksamheten ska fortsätta utveckla HSL- dokumentation enligt ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Alla avvikelser ska följas upp av legitimerad personal och biträdande enhetschefer enligt en systematisk planering och uppföljning.

Ett systematiskt kvalitetsarbete ska ingå i ordinarie arbete. Under året har verksamhetens patientsäkerhetsarbete inte varit fullt ut aktivt med anledning av omsättning på HSL -personal på verksamheten. Trots utmaningar har verksamheten gott resultat på antal registreringar i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativ register. Det finns ett gott resultat gällande antal boende med aktuell riskbedömning i Vodok, uppdaterade delegeringar med kunskapstest, webbutbildning ” Att arbeta säkert med läkemedel” och förbättrat resultat av nattfasta. Även många egenkontroller har genomförts under året, dock behöver sammanställning och uppföljningen av egenkontrollerna förbättras.

Arbetet framåt

Fortsättningsvis kommer verksamheten använda sig av årshjulet för hälso- och sjukvård till att utföra aktuella kontroller och punktprevalensmättningar. Verksamheten behöver fortsätta att uppmuntra och handleda omvårdnadspersonalen till att söka information och följa instruktioner. Alla resultat av verksamhetens egenkontroller kommer att samlas under en gemensam digital mapp för att kunna fånga upp brister samt följa upp utvecklingen. Detta arbete har påbörjats i slutet av 2022 och kommer att utvecklas under 2023.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 1 – Säker informationsöverföring mellan samtliga professioner

Målet är delvis uppfyllt. Arbetet med säker informationsöverföring och dokumentation mellan samtliga professioner externt och internt är delvis uppfyllt. Genomförandeplaner

som är uppdaterade finns tillgänglig i en pärm på expeditionen på varje enhet för omvårdnadspersonal, för kännedom om den personliga omvårdnaden för varje patient. Patientlistor för hälso- och sjukvårdspersonal är upprättade med adekvat information och uppdateras regelbundet. Överrapportering mellan natt- och dagpersonal sker både muntligt och genom dokumentationssystemet ParaSoL. Sjuksköterskor läser dokumentationen i ParaSoL och VODOK på morgonen och får även en muntlig överrapportering från nattpersonalen. På förmiddagen går sjuksköterska runt på enheterna för att få en kort rapport från dagpersonalen. Det finns även en lista där sjuksköterska uppdaterar fortlöpande och det finns information om vilka boende som har sänggrindar, vändschema och rörelselarm samt information om vilka som har läkemedel kl. 07.00, mm.

Sjuksköterska och rehabpersonal rapporterar mellan varandra via fysiskt möte, telefon eller mejl.

Rond med läkare 1 gång per vecka. Övriga tider har man tillgång till läkare via telefon.

Verksamheten har jousjuksköterska vardagar mellan 16-07 samt alla röda dagar och helger dygnet runt.

Extern informationsöverföring sker via telefon med berörda verksamheter eller skriftlig rapport

Fortsatt åtgärd:

Verksamheten behöver fortsätta utveckla det påbörjade arbetet med att säkerställa implementering inom båda verksamheterna.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 2 – Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Målet är delvis uppfyllt. Resultatet från senaste dokumentationsgranskningen visar en förbättring men det finns fortsatt brister. Utveckling av dokumentationen i patientjournalen genom att öka patientens delaktighet och göra den synlig i omvårdnadsjournalen. Komplettering av hälsoplaner och uppföljningar behöver utvecklas. Utvärderingar av insatta åtgärder och koppla till hälsoplaner. Synliggöra teamarbete samt inkludera patienten i omvårdnaden.

Fortsatt åtgärd:

Verksamheterna behöver fortsätta med förbättringsarbetet. Tätare samarbete mellan Brommagården och Sörklippans hälso- och sjukvårds-personal och att införa kollegial granskning är åtgärder som planeras framöver. Verksamheten behöver även ett levande ledningssystem som kan sprida information till olika professioner. Ledningssystemet ska även ha en följsamhet gällande uppföljning av verksamhetens egenkontroller. Verksamhetens hälso- och sjukvårdsansvariga funktion är ansvarig för att identifiera brister och lyfter upp förbättringsområden till ledningen för att diskutera och implementera nya åtgärder.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 3 – Öka registrering i kvalitetsregister

Målet är delvis uppfyllt. Så gott som samtliga patienter är registrerade i Senior Alert, se Figur 1-2 och de flesta sjuksköterskor har behörighet till Senior Alert samt Palliativa registret, se figur 3. Däremot har verksamheten inte tillräckligt antal BPSD-administratörer för att utföra registreringar i BPSD- register. Av de registrerade riskbedömningarna i Senior Alert noteras en viss brist vad gäller utförda åtgärder gällande munhälsa vid båda verksamheterna.

Figur 1. Antal utförda riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa registrerade i Senior Alert vid Brommagården vård- och omsorgsboende.

Vårdprevention					
↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Brommagårdens ÄBO	43	94% ↓ 60 av 64	93% ↑ 56 av 60	98% ↑ 59 av 60	33% ↑ 19 av 57
Trycksår		28% ↓ 18 av 64	94% ↑ 17 av 18	100% ↑ 18 av 18	43% ↓ 6 av 14
Undernäring		72% ↑ 46 av 64	98% ↑ 45 av 46	98% ↑ 45 av 46	40% ↑ 16 av 40
Fall		84% ↓ 54 av 64	100% ↑ 54 av 54	98% ↑ 53 av 54	33% ↑ 16 av 49
Munhälsa		41% ↓ 26 av 64	88% ↓ 23 av 26	96% ↑ 25 av 26	23% ↑ 7 av 31

Figur 2. Antal utförda riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa vid Sörklippan vård- och omsorgsboende.

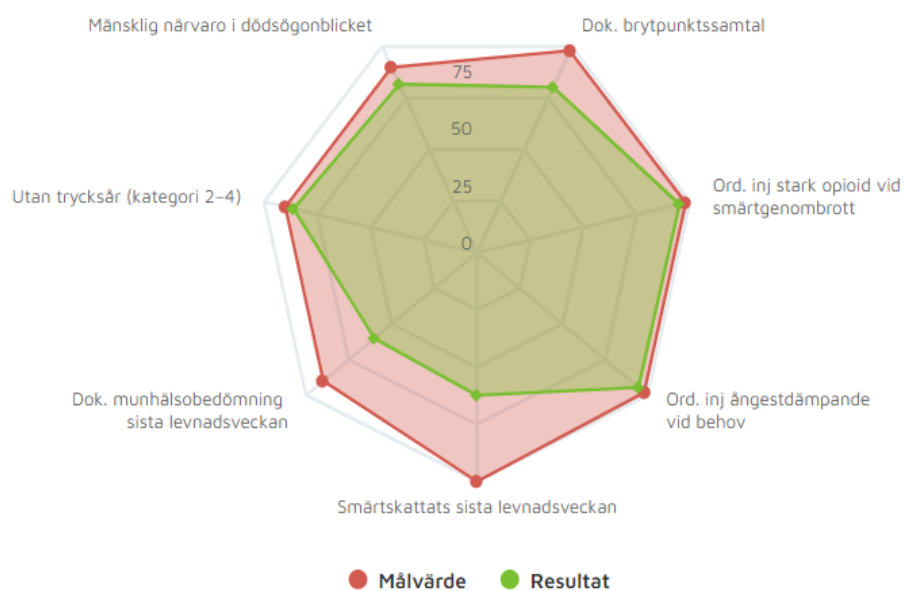
Vårdprevention					
↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sörklippan ÄBO	52	100% ↑ 86 av 86	81% ↓ 70 av 86	87% ↓ 75 av 86	45% ↓ 39 av 86
Trycksår		44% ↑ 38 av 86	84% ↓ 32 av 38	89% ↓ 34 av 38	44% ↓ 15 av 34
Undernäring		71% ↓ 61 av 86	84% ↓ 51 av 61	89% ↓ 54 av 61	43% ↓ 28 av 65
Fall		94% ↑ 81 av 86	90% ↓ 73 av 81	90% ↓ 73 av 81	48% ↓ 39 av 82
Munhälsa		45% ↑ 39 av 86	72% ↓ 28 av 39	77% ↓ 30 av 39	21% ↓ 6 av 28

Figur 3. Exempel på ett utdrag från Palliativa registret som beskriver hur en komplett registrering under ett år ser ut för Brommagårdens vård- och omsorgsboende.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2022-01 - 2023-01



This is an original report from The Swedish Palliative Care Registry

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2023-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	50,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	50,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	50,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	50,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

I Palliativa reg. Brommagården

Fortsatt åtgärd:

Fortsätta att registrera patienter som samtycker till registrering i kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret i båda verksamheterna.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 4 – Förbättrad avvikelshantering och hantering av synpunkter och klagomål

Målet är delvis uppfyllt. Ökad avvikelserregistrering ses på totalen när det gäller läkemedelsavvikelser (se Tabell 1) och pekar på att det skett en förbättring av avvikelserapporteringen i en av verksamheterna. Kvalitetsråd har utförts i syfte att dra lärdomar av avvikelserna men protokoll saknas. När det gäller fallavvikelser ses en försämring vad gäller totalen (se Tabell 2). Avvikelserapporteringen har dock ökat för Sörklippans vård- och omsorgsboende. En del teammöten är utförda med genomgång av fallprevention, vilken dokumenterats i omvårdnadsjournal, men arbetet behöver utvecklas.

Tabell 1. Antal läkemedelsavvikelser 2021-2022 vid Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende

Antal läkemedelsavvikelser 2021			Antal läkemedelsavvikelser 2022		
Brommagården	Sörklipp an	Totalt	Brommagården	Sörklipp an	Totalt
30	30	60	18	56	74

Tabell 2. Antal fallavvikelser 2021-2022 vid Brommagården och Sörklippan vård- och omsorgsboende

Antal fall 2021			Antal fall 2022		
Brommagården	Sörklipp an	Totalt	Brommagården	Sörklipp an	Totalt
171	71	242	132	101	233

När det gäller synpunkter och klagomål har de delvis skett muntligt till omvårdnadspersonal och ledning. De synpunkter och klagomål som inkommit skriftligt har hanterats och åtgärdats skyndsamt av verksamhetens ledning, enligt fastställd rutin.

Fortsatta åtgärder:

Avvikelsehantering och systematiserad hantering av klagomål och synpunkter ska utvecklas under 2023. Inkomna avvikelser och synpunkter hanteras regelbundet på teamträffar och på kvalitetsrådsmöten. Där deltar HSL personal, omvårdnadspersonal och bitr. enhetschefen. Information till omvårdnadspersonalen på arbetsplatsträffarna om vikten av att registrera avvikelser samt att även registrera inkomna avvikelser och synpunkter. Verksamheterna ska även synliggöra var närstående och boende kan hitta blanketter för att skriftligt lämna klagomål och synpunkter samt även informera närstående via ett närståendemöte under våren. Verksamheten behöver under ledning av biträdande enhetschefer implementera nya rutiner, samt arbeta mer systematisk gällande genomgång av avvikelsehantering och uppföljning av åtgärder.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 5 – Säker läkemedelshantering

Målet är delvis uppfyllt. Rapporten från extern apoteksgranskning har endast visat ett fåtal förbättringspunkter. De flesta är redan åtgärdade bl.a. införandet av en systematisk återkommande påminnelse för narkotikaräkningen. Även nya dokument för förbrukningsjournal gällande narkotika preparat är beställda och är i bruk. All delegerad omvårdnadspersonal har genomgått webbutbildning ”jobba säkert med läkemedel” innan genomgång av delegeringsprocess med sjuksköterskan.

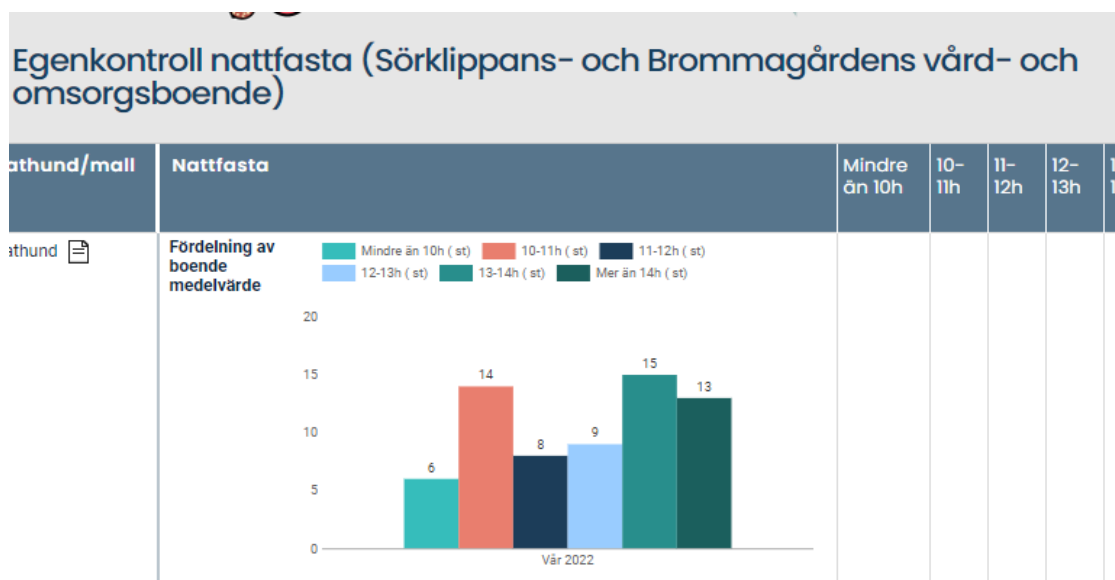
Fortsatta åtgärder:

Verksamheten behöver implementera ett sätt att ytterligare kvalitetssäkra hantering av läkemedel då antal läkemedelsavvikelser har ökat under 2022 på Sörklippan (se Tabell 1). En förklaring till ökningen kan dock vara att personalen har blivit bättre på att skriva avvikelser, vilket är en positiv utveckling i sig.

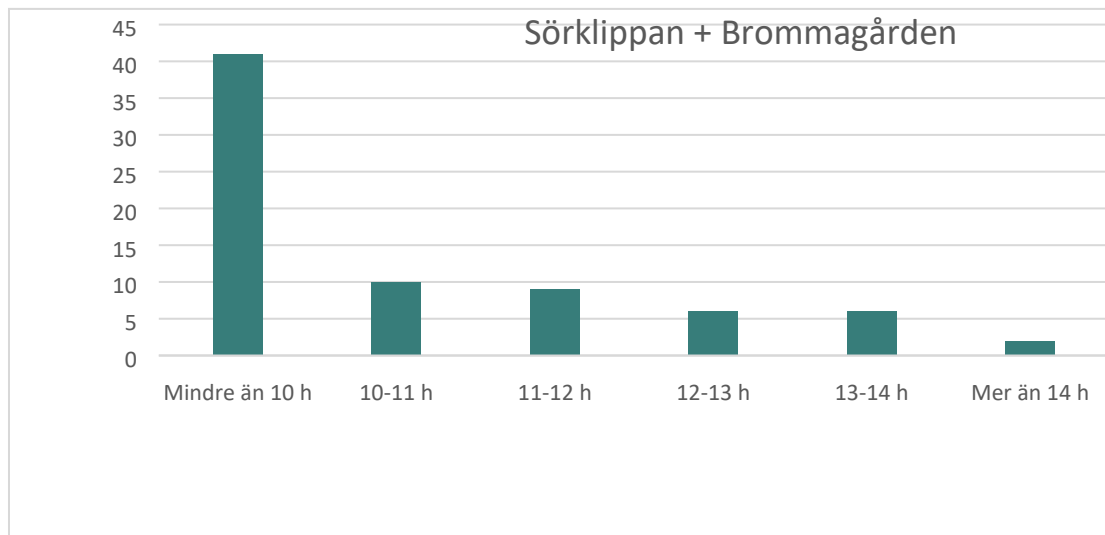
Bedömning av måluppfyllelse Delmål 6 – Minska nattfastan.

Målet är delvis uppfyllt. Senast mätningen utförd under hösten 2022 (se figur 5) visar en förbättring vad gäller området nattfasta jämfört med mätningen våren 2022, (se figur 4). I senaste mätningen ses en förbättring, dvs. fler boenden (51 personer) har en nattfasta som understiger 11 timmar jämfört med hösten då antalet enbart var 20 personer. En trolig orsak är en bättre kontinuitet hos hälso- och sjukvårdspersonalen, samt att informationsmöten med dietist har ägt rum inför den senaste mätningen.

Figur 4. Resultat av egenkontroll av nattfasta våren 2022



Figur 5. Resultat av egenkontroll av nattfasta hösten 2022



Fortsatta åtgärder:

Verksamheten behöver fortsätta satsa på kompetensutveckling utifrån olika teman för att utveckla omvårdnadspersonalens kunskap och lyfta fram vikten av mat och näring hos äldre samt att chef registrerar resultatet i ILS- webben. Dietisten bjuds in för att informera och engagera kring mat och måltidsmiljö.

Bedömning av måluppfyllelse Delmål 7 – Utveckla gemensamma arbetssätt samt fortsatt kompetensutveckling

Målet är ej uppfyllt. Verksamheten har under året påverkats av personalomsättning bland både chefer och legitimerad personal, vilket är en huvudförklaring till att planerade åtgärder inte kunnat genomföras. I december har en struktur och gemensamma rutiner påbörjats för att hitta gemensamma arbetssätt för att öka kvaliteten.

Fortsatta åtgärder:

Verksamheten fortsätter att utveckla ett gemensamt och levande ledningssystem under 2023 och utveckla samarbetet mellan enheterna. Ett verktyg med aktiviteter för hälso-

och sjukvård i form av ett årshjul som är tillgängligt för all hsl-personal tas fram.

Regelbundna och gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med HSL-ansvarig kommer att utvecklas under 2023.

Organisation och ansvar

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

Övergripande ledningsorganisation

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

Kommunens ansvar omfattar sådan hälso-och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivå för den legitimerade sjuksköterskans-, legitimerade arbetsterapeutens-, legitimerade fysioterapeutens- och dietistens yrkesansvar.

Läkaransvaret i särskilt boende åligger regionen. Enligt hälso-och sjukvårdslagen har den eller de av kommunfullmäktige beslutade nämnder ledningsansvaret för hälso-och sjukvården. I Stockholms stad utövas ledningen av kommunens hälso-och sjukvård av stadsdelsnämnden och äldrenämnden.

Enhetschef

Enhetschef 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.

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

Enhetschef ansvarar för att:

- Det finns de rutiner och instruktioner som krävs i verksamheten.
- Personalen har rätt kompetens samt att denna upprätthålls.
- Överförmyndaren underrättas när en patient kan antas behöva god man eller förvaltare.
- Någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd försämras

Enhetschef har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras. De lagstadgade uppgifter som åligger MAS och MAR är undantagna från Enhetschefens ledning.

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

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska och MAR kan endast anförtros legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget. Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS och MAR 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/sjuktymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processororienterat.

Hälsofrämjande innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet.

Hälsofrämjande omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde.

Hälsofrämjande aktiviteter i funktionsbevarande syfte är den legitimerade fysioterapeutens/sjuktymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt

arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig HSL personal.

Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en mycket viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl.

Dietist i kommunal verksamhet

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

Dokumentationssamordnare

Handleder i vård- och omsorgsdokumentation (VoDok) samt kan utföra granskningar för att följa utvecklingen och bedöma journalföringens kvalitet. Återkoppling sker till chefer

på övergripande nivå och till den enskilde vid handledningstillfället. Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och dietist dokumenterar i kommunens journalsystem VoDok.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan mellan läkarorganisation/läkare.
- Samverkan med Apoteket AB
- God läkemedelsanvändning för äldre, användning av ordinationsverktyget Pascal.
- Medicintekniska produkter (MPT). Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.
- Kostnadsfördelning av läkemedel,
- Samverkan för nutritionsbehandling

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten

- Samverkan sker med Flexident. I samarbete med tandläkare och tandhygienist görs nödvändiga insatser för att främja en god munhälsa.

- Samverkan sker även löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, som t.ex. stadsdelarnas dietister och dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Samverkanssamsmöten och överenskommelse med jourföretag gällande sjuksköterskor.
- Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl. a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner
- Kostnadsfördelning för läkemedel och läkemedelsnära produkter.
Apoteket AB, genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar.
Återkoppling via protokoll och vid inspektionstillfället vilket används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.
- Vårdhygien, genomför hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Genom avtalet med vårdhygien, har samverkan med verksamheten skett under året i hantering av vårdhygieniska frågor relaterat till pandemin, covid-19. Fokus har legat på att hantera olika skyddsmateriel, kohortvård, implementering av nya rutiner och följsamhet till basala hygienrutiner. Vårdhygien erbjuder utbildningar till olika yrkesprofessioner men under pandemin har e-utbildningen i basala hygienrutiner varit den som genomförts.
- Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl. a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.
- På Brommagården finns ett eget kök med anställda kockar som ansvarar för den dagliga kosten och individanpassad kost.

- Matleverantören på Sörklippan är Mälarbackens kök och individanpassad kost beställs utifrån behov.

Informationssäkerhet

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att information överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Dokumentationens innehåll ska vara överskådlig och vårdprocessen bör hållas samman. Senaste granskningen av dokumentationen har visat att det fortfarande finns en del brister i journalföringen men generellt har det blivit bättre.

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomförs loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler i Vodok ca 1 gång/månad. Vid avvikelser sker en utredning av bitr. enhetschef och MAS.

Loggkontroller har genomförts ett par gånger under året dock saknas sammanställning av loggkontroller i systemet. Ett stort antal loggkontroller på sammanlagt 39 journaler och 1716 poster genomfördes i december och inga avvikelser påvisades. Det saknas underlag för att redovisa eventuella genomförda loggkontroller i NPÖ (Nationell patientöversikt).

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur, vilken både identifierar risker, rapporterar avvikelser och dra lärdomar samt vidtar åtgärder utifrån avvikelserna.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Ledningen och medarbetare har ett samarbetsansvar för att delta aktivt i patientsäkerhet och förbättringsarbete.

Verksamheten uppmuntrar och förväntar sig att alla våra medarbetare tar ansvar för förbättringar och är aktiva med att korrigera och rapportera händelser. Med detta har alla medarbetare ett ansvar för att följa skriftliga instruktioner, rutiner, använda nödvändiga checklistor som är utarbetade för att säkra kvaliteten.

För att undvika vårdskador, ska verksamheten/ Biträdande Enhetschefer arbeta aktivt med alla avvikelser på kvalitetsrådmöte. Alla avvikelser ska diskuteras och analyseras i teamet för att hitta bakomliggande orsaker och förhindra att händelsen inträffas igen.

Detta kvalitetssystem behöver vara levande och spårbart för att kunna följa upp utvecklingen på verksamheten.

Alla vidtagna åtgärder ska även dokumenteras i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen.

Adekvat kunskap och kompetens

En viktig del av patientsäkerheten är att ha tillräcklig bemanning med personal som har adekvat kompetens.



Verksamheten har personal med mångårig erfarenhet och kompetens. För att bibehålla kompetensen hos personalen har verksamheten under 2022 anordnat kompetensutveckling i form av:

- Alla medarbetare har genomgått en web-baserad hygienutbildning.

- Föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident.
- Alla medarbetare har genomgått webb- baserad utbildning ”Jobba säkert med läkemedel” inför läkemedelsdelegering.
- Intern ergonomi-och förflyttningsutbildning har genomförts flera gånger.
- Mat- och måltider har varit temat på planeringsdagar.
- Stadens dietist har deltagit på flera APT.
- Medarbetare deltar i utbildning till specialistundersköterska, extern 2 år (50 % studietakt)
- Alla medarbetare har gjort webbutbildning i Demens ABC samt ABC plus

Patienten som medskapare

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



Alla boenden har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, en kontaktman och en vice kontaktman som främst skall se till att lyssna in behov och önskemål samt återkoppla information och insatser. De har även det övergripande ansvaret för anhörigkontakten utifrån önskemål och överenskommelse.

I samband med inflyttning tar omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakt med anhöriga/närstående för att få information och en helhetsbild av patienten. Anhöriga erbjuds alltid ett uppstartssamtal.

På demensenheter är det extra viktigt att göra närstående delaktiga i processen för att kunna erbjuda den bästa vården och omsorgen.

Patienter och närstående har alltid möjlighet att kommunicera uppkomna önskemål eller frågeställningar som uppstår genom omvårdnadspersonal, leg. personal och bitr. enhetschefer och vara delaktiga i beslut och åtgärder som tas. Så långt som möjligt ska närstående och patienten alltid informeras vid patients försämrade hälsostatus och få möjlighet att vara delaktiga vid bl.a. brytpunktsamtal med läkare.

Det finns en brevlåda för inlämnande av synpunkter/klagomål. En återkoppling till den som lämnat synpunkter/klagomål görs snarast.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Under 2022 har verksamheten delvis följt planerade egenkontroller i årshjulet för att upprätthålla patientsäkerhetsarbete. Det saknas däremot kontinuitet och ett uppföljningssystem som används i praktiken för att systematiskt utvärdera och följa upp det kvalitetsarbetet.

I Tabell 3 beskrivs de planerade egenkontrollerna för år 2022 och med vilken frekvens de planerats att genomföras. I Tabell 4 beskrivs utfallet av genomförda egenkontroller.

Tabell 3. Planerade egenkontroller.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	12 ggr/år	Kollegial observation Lokal rutiner
Åtgärder mot smittspridning Covid-19	Löpande	Rutiner vårdhygien
Vårdrelaterade infektioner	Löpande	Rutiner vårdhygien
Hygienronder	Ej under pandemin	Ej under pandemin
Dokumentation	2 ggr /år	Kollegial granskning, MAS/MAR mall
Delegering	1 ggr/år	Lokal rutiner efter MAS riktlinjer
Loggkontroll	1 ggr/månad	Lokal rutiner efter MAS riktlinjer
Avvikelser	1 ggr/månad	Kvalitetsråd Lokal rutiner efter MAS riktlinjer
Fallskador	1 ggr/månad	Kvalitetsråd Lokal rutiner efter MAS riktlinjer
Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister Dokumentation i journal Lokal rutin efter MAS riktlinjer
Viktmätning	1 ggr/kvartal	Kvalitetsregister Vodok journal Lokal rutin efter MAS riktlinjer
Mätning av nattfasta	2 ggr/år	Lokal rutin nutrition efter MAS riktlinjer
Skyddsåtgärder	1 ggr/månad	Kvalitetsråd
Läkemedelsgenomgångar med symtomskattning	1 ggr/år	Läkarorganisation

Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1 ggr/år	Lokal rutin läkemedel efter MAS riktlinjer
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	Lokal rutin läkemedel efter MAS riktlinjer
Funktionskontroll MPT	Lyftselar 2ggr/år Övrigt 1gg/år Skötsel och kontroll 1 ggr/vecka av baspersonal	Lokal rutin MPT efter MAR riktlinjer
Patientens klagomål och synpunkter	1 ggr/månad	Rutin för hantering av synpunkter och klagomål i Bromma stadsdelsförvaltning
Kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert, Palliativa registret

Tabell 4. Resultat av egenkontroller

Egenkontroll	Åtgärd	Resultat
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	All omvårdnadspersonal har genomgått webb-baserade hygien-utbildningen. Egenkontroll genomförts varje månad. Påminnelse om vikten av följsamhet från sjuksköterska och chef.	Observationer visar på god följsamhet. Verksamheten behöver utveckla en systematisk uppföljning av hygienkontroller. Det behövs åtgärdsplaner vid varje analystillfälle för att kunna följa upp utvecklingen.
Åtgärder mot smittspridning Covid-19	Aktuella åtgärder för hygien har vidtagits enligt riktlinjer från vårdhygienheten. Verksamheten har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19. Adekvat smittspårning har skett. Personal uppmuntrades att vaccinera sig.	Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccination 5ggr för Covid-19. Det bedöms ha varit en bidragande orsak till att flertalet av de boende som blivit smittade inte har blivit allvarligt sjuka.
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Stockholm

		<p>Under året har ingen screening för MRSA utförts</p> <p>Många screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer.</p>
Hygienronder och självskattning	Det saknas tillräckligt underlag om genomförandet under 2022	Underlag saknas eftersom inga hygienronder från Vårdhygien har genomförts under pandemin. Dock har en del brister gällande sprita händer innan användning av handskar noterats i basal hygienrund.
Dokumentation	Journalgranskning med uppföljning tillsammans med MAS, MAR sjuksköterska och rehabgruppen. Kollegial granskning.	Senaste journalgranskning (v. 45 visar en förbättring på samtliga punkter). Verksamheten behöver fortsätta med dokumentationsutveckling bl.a. kartläggning av Hälsoplaner, förtydliga teamarbete, vidtagna åtgärder i avvikelsemodulen samt funktionstillstånd och skyddsåtgärder. En gemensam mall för dokumentation och egenkontroll har tagits fram.
Delegering	All omvårdnadspersonal	Trots utförda åtgärder har antal läkemedelsavvikelser

	<p>har genomgått den webb-baserade utbildningen i läkemedelshantering. Genomgång av kunskapstest enligt MAS-rutiner. Uppdaterad delegeringspärm finns på sjuksköterske-expeditionen.</p>	<p>ökat på Sörklippans vård- och omsorgsboende. Verksamheten behöver utveckla en systematisk uppföljning av läkemedels-avvikelser.</p>
Loggkontroll	<p>En rutin för systematisk loggkontroll är redan implementerad från december 2022</p>	<p>Loggkontroll på sammanlagt 39 journaler och genomgång av 1716 poster i VoDok har genomförts i december 2022</p> <p>Ingen avvikelse i senaste loggkontrollen.</p> <p>För januari-november 2022 saknas underlag.</p>
Avvikelser	<p>HSL-personal har haft flera kvalitetsrådsmöten under året. Regelbundna och systematiska Kvalitetsrådsmöten med deltagande av HSL- och omvårdnadspersonal samt biträdande enhetschef behöver implementeras</p>	<p>Antal fallavvikelser totalt har minskat något under 2022</p> <p>Antal läkemedelsavvikelser har ökat något. Även antal trycksårs avvikelser har ökat något men endast marginellt.</p>

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och Vodok samt följer upp resultatet. Kontroll och analys av HSL- dokumentation två gånger varje år av ssk och rehab i team.	Sammanställningen behöver lämnas till bitr. enhetschef som ser över utredning av allvarliga avvikelser. På Sörklippan saknas HALT registrering.
Viktmätning	Regelbundet, var tredje månad samt vid behov.	Dokumenteras i omvårdnadsjournal och SeniorAlert
Mätning av nattfasta	Mätning av nattfastan två ggr/år under tre dygn under 2022	En förbättring, dvs fler boenden (51 personer) har en nattfasta som understiger 11 timmar. Utöver dessa mätningar har varje patient en individuell riskanalys och hälsoplan för undernäring i Vodok.
Skyddsåtgärder	Gällande skyddsåtgärder behövs en systematisk uppföljning/utvärdering av vidtagna åtgärder	Underlag saknas men gjordes under 2022 på teammöten och finns dokumenterat i varje journal
Läkemedelsgenomgångar med symtomskattning	Läkemedelsgenomgång med läkare enl. Capio/Legevisittens rutiner.	Samtliga patienter har haft minst en läkemedelsgenomgång under 2022 med skattningsskala PHASE 20.

Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	Verksamhetens läkemedelshantering och rutiner granskades 2022 av både MAS och extern apoteksgranskare från Apotek AB	Protokollen visar få anmärkningar och de flesta är åtgärdade.
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat av ansvarig sjuksköterska, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision.	Vissa månader har man missat att kontrollräkna. Vid något tillfälle har buffertförrådets narkotika räknats av samma person som har beställt. För att kontrollräkningen inte ska missas ligger det som återkommande uppgift månadsvis i "att göra lista" i Vodok.
Funktionskontroll MPT	Nya rutiner framtagna under 2023	En sammanställning av underlag saknas
Patientens klagomål och synpunkter	Bitr. enhetschef ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller enheten. Alla synpunkter och klagomål förmedlas till kommunens verksamhetskontroller.	En anmälan har skickats till IVO, inspektionen för vård- och omsorg. Anmälan är hanterad och avslutad. Det finns brister i dokumentation gällande klagomål och synpunkter eftersom de oftast framförs muntligt De synpunkter och klagomål som inkommit hanteras skyndsamt och åtgärdas om möjligt

Kvalitetsregister	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och Vodok följer upp resultatet.	Nästan 100 procent registrering i Senior Alert och Vodok på Brommagården. På Sörklippan saknas en del registreringar relaterad till nyanställda sjuksköterskor som saknar behörighet. Uppföljning av åtgärder behöver förbättras.
-------------------	--	---

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



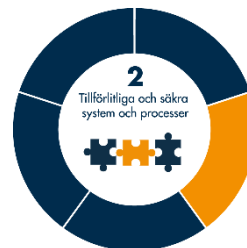
På verksamheten registreras händelser/avvikelse, se delmål 4 därefter utreds händelser för att bedöma om vårdskada har inträffat eller om det föreligger risk för vårdskada.

Avvikelse hanteras i en modul kopplat till omvårdnadsdokumentationen. Vid allvariga händelser tas kontakt med MAS och MAR.

Verksamheten har haft under 2022 en avvikelse som har anmälts till IVO, ärendet är hanterat och IVO har avslutat ärendet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Dokumentationssystemet VODOK

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

Senior Alert

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

Tabell 5. Exempel från kvalitetsregister där "HALT" står för vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling som är en del av kvalitetsregistret SeniorAlert.

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

Svenska palliativregistret

Är ett verktyg med syfte att förbättra vården i livets slutskede för patienten och hans närstående. Sjuksköterskan registrerar dödsfallet men inkluderar alla som deltar i teamarbetet vid vård i livets slutskede.

BPSD-registret

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

Läkemedelsgenomgångar

Skär minst 1 gång/år och vid behov.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Enligt Sveriges kommuner och regioners (SKR) blankett 1 gång/månad.

Kvalitetsgranskning för läkemedel

Extern granskning av apotekare enligt samverkan 1 ggr/år.

Team/gruppmöte

Alla enheter har teammöte varje månad. Där diskuteras vårdinsatser och vårdbehov kring boende.

MAS & MAR- möten för HSL-personal.

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

Säker vård här och nu

En förutsättning för att kunna bedriva en säker vård är att kunna genomföra åtgärder flexibelt och arbeta preventivt.



När allvarliga avvikelser inträffar görs en riskanalys av redan vidtagna åtgärder. Där utvärderas om ytterligare åtgärder behöver vidtas eller om den åtgärd som genomförts har haft önskad effekt.

Identifierade områden på verksamheten där förbättringsarbete pågår är:

- Självskattning och observationskontroller av följsamhet kring basala hygienrutiner och klädregler.
Analysverktyget Esmaker kommer att användas framöver.
- Individuella riskbedömningar bl.a. undernäring, fall, munhälsa, trycksår med hjälp av nationellt kvalitetsregister Senior Alert som ger ett pålitligt och evidensbaserat underlag för att kunna upprätthålla åtgärdsplaner i dokumentationssystemet Vodok.
- Avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok där man kan bl.a. direkt följa upp vidtagna åtgärder vid varje avvikelse, planerade åtgärder, allvarlighetsgrad samt om

avvikelsen har lett till skada. Även statistik av bl.a. vilken tid av dygnet, vilken plats mm kan hämtas från systemet.

- Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning genom Svensk HALT.
- Utvärdera hur vården av personer i livets slutskede varit genom Svensk Palliativregistret.
- Kvalitetsgranskning för läkemedelsförråd. Extern granskning av apotekare enligt samverkan 1 ggr/år. En planering har påbörjat för att månadsvis systematiskt kontrollräkna narkotiska preparat.
- En systematisk avvikelshantering på kvalitetsråd med avvikelseanalys samt uppföljning av åtgärder ska implementeras.
- Ett systematiskt arbete för att identifiera riskområden/förbättringsområde för SoL och HSL samt uppföljning av skyddsåtgärder ska implementeras
- BPSD skattning. Verksamheten saknar tillräckligt med administratörer och behöver utbilda flera.
- Arbeta aktivt med att förebygga risk för undernäring. Nattnatt ska ej överstiga 11 timmar.
- Höja personalens kompetens gällande bland annat delegering och överrapportering.
- Fortsatt fokus på utveckling av dokumentation för all hälso- och sjukvårdspersonal.
- Redovisning av utförd egenkontroll på enhet.

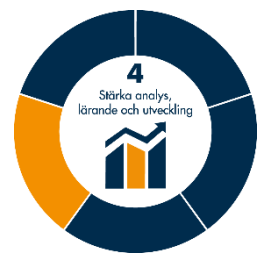
Riskhantering

Verksamheten har under 2022 genomfört riskanalyser samt riskbedömningar både för den enskilde och på verksamhetsnivå. Exempel på utförda riskanalyser:

- Värmebölja
- Hantering av skyddsutrustning
- Smittförebyggande åtgärder
- Säkra besök på enheter
- Kris och kontinuitetsplan
- Inför el-avbrott
- Brandrutin

Stärka analys, lärande och utveckling

Verksamheten använder alla tillgängliga system och nationella register för att driva ett arbetssätt vars mål är att utveckla verksamheten.



För att använda ett tillförlitligt stöd ska Senior Alert, Palliativa registret, HALT samt verksamhetens egenkontroller användas. Verksamheten ska registrera i nationella register och genomföra PPM mätningar.

Avvikelse

Totalt för verksamheterna har antal fallavvikelse och läkemedelsavvikelse ökat något (302 st 2021 jmf mot 307 2022). Även avvikelse gällande trycksår har ökat marginellt.

Fall (69%) är den största andelen av avvikelser inom verksamheterna och brister i läkemedelshantering näst största (22%) (Se Figur 6).

Ledningen behöver uppmuntra medarbetarna att ta ansvar och aktivt rapportera händelser för att bygga en säkerhetskultur, som leder till att avvikelshanteringen blir en naturlig del av patientsäkerhetsarbetet.

Figur 6. Samtliga registrerade avvikelser under 2022.



Klagomål och synpunkter

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör ett led i ett ständigt fortskridande kvalitets- och förbättringsarbete. Rutin för hantering av synpunkter och klagomål finns i Bromma stadsdelsförvaltning.

Hantering av synpunkter och klagomål är ett av de områden verksamheten ska fortsätta utveckla under 2023. Det saknas ett systematiskt arbete för att kunna ta fram statistik för antalet inkomna synpunkter/klagomål.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Verksamheten kommer genom analys av händelser och riskbedömning identifiera vilka områden som behöver förstärkas och utifrån det anpassa åtgärder som leder till ökad patientsäkerhet.



Verksamheten kommer fortsätta att arbeta med identifierade områden och mål för 2022 även 2023. Syftet är att uppnå målen för en trygg samt säker vård och omsorg för patienterna.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Analys och resultat i 2022 års patientsäkerhetsberättelse visar att ett fortsatt arbete krävs för att uppfylla de identifierade delmålen. För 2023 avser verksamheten därför att arbeta mot följande delmål.

Delmål 1 – Säker vård för hög patientsäkerhet

- Förbättra det systematiska kvalitetsarbetet gällande rapportering, sammanställning och analys av avvikelser vid kvalitetsråden, samt systematisera hantering av klagomål och synpunkter.
- Utveckla arbete med egenkontroller. Implementera ett levande och spårbart ledningssystem.
- Utveckla dokumentation i patientjournal, t.ex. att synliggöra teamarbete, uppföljning/utvärdering av hälsoplaner och att förtydliga patientens delaktighet i omvårdnaden.

Delmål – 2 undvika/ minska risk för undernäring och trycksår

- Minska nattfastan till >11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation.
- Minska antal trycksår
- Utveckla arbete med egenkontroller
- Registrering i olika kvalitetssystem

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

Delmål 4 – Kompetenshöjning och utbildning för patientsäkerhetsarbete

- Ökad kunskap om kost och nutrition
- Utbildning i egenkontroller
- Utbildning kring hantering av hjälpmedel
- Utbildning i hjärt- och lungräddning
- Utbilda BPSD-administratörer