

**Patientsäkerhetsberättelse
för Mälarbacken vård- och
omsorgsboende
År 2022**



Datum:2023-02-08

Ansvarig för innehållet: Leila Bakhshi

Diarienummer:

Inledning

Vårdgivaren ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse

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 utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen. Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.....	5
---------------------	---

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	10
Engagerad ledning och tydlig styrning	10
Övergripande mål och strategier	10
Organisation och ansvar	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Informationssäkerhet	16
En god säkerhetskultur	17
Adekvat kunskap och kompetens	17
Patienten som medskapare	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	19
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Säker vård här och nu	26
Riskhantering	27
Stärka analys, lärande och utveckling	28
Avvikelse	35
Klagomål och synpunkter	40
Öka riskmedvetenhet och beredskap	40
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	44

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen.

Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår.

En av verksamhetens huvudprocesser är nyinflyttning. Antalet nya inskrivningar har varit högt och genomströmningen av patienter likaså vilket ställer höga krav på systematiska arbetssätt och säkra processer. Varje ny inskrivning genererar en fullständig hälso-och sjukvårdsjournal med riskbedömningar som fall, undernäring, risk för sår och ohälsa i munhålan, förflyttningsbedömning samt omvårdnadsåtgärder och hälsoplaner. Dessutom förskrivs hjälpmedel och inkontinensskydd. Varje ny inskrivning kräver även läkarinsatser som läkemedelsgenomgång, inskrivningsjournal, palliativt ställningstagande i teamsamverkan och anhörigstöd. Akuta insatser tillkommer när behov uppkommer.

Antalet nya inflyttningarna varierar mellan 3-31 personer per enhet och totalt har 107 personer flyttat in på permanentboende under året. På korttidsenheten har 275 personer erhållit biståndsbeslut för korttidsvård under året. Korttidsvård kan vara antingen växelboende eller korttidsplacering för en avgränsad period.

Den totala genomströmningen blir 382 nya inskrivningar på befintliga 282 platser under år 2022. Även dagvårdsverksamheten har haft 17 nya gäster under året.

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt. Det övergripande målet följs upp utifrån fyra delmål.

Måluppfyllelse: Delmål 1 – säker vård för hög patientsäkerhet.

Målet är i sin helhet delvis uppfyllt. När det gäller skyddsutrustning har tillgången varit god, dels utifrån att verksamheten kunde upprätthålla eget 14-dagars lager och dels utifrån ett upparbetat stödsystem i stadens regi som tillhandahöll utrustning.

Genomgång av utbildningsnivåer har skett på samtliga enheter under året för att säkerställa rätt kompetens i personalgrupper och att medarbetarna har rätt utbildningsnivå. Flera nyrekryteringar har skett för att säkerställa kompetensnivån och de som saknar formell yrkesutbildning har uppmanats att söka till utbildning. Verksamheten kunde dock inte fullt ut undvika inhyrning av personal under första halvåret 2022 på grund av höga sjuktal och läget med Covid smittan då alla boende inte var fullt vaccinerade. Användningen av inhyrd personal medförde både brister i kontinuitet och kompetens under vissa perioder. Användning av inhyrd personal har planats ut under

våren och avvecklats helt på andra halvan av året. Vid brist av HSL personal försöker verksamheten i första hand att koppla flera enheter där tjänstgörande HSL personal kan utföra punkt insatser och eventuellt delegera vissa uppgifter. Möjlighet finns dock att ta in inhyrd personal vid kris situationer.

Verksamhetens kvalitetssystem består av olika egenkontroller där varje biträdande enhetschef säkerställer att kontrollerna görs. En av egenkontrollerna är uppföljning av följsamhet i basala hygienrutiner som utförs av hygienombuden på varje enhet en gång i månaden, resultatet registreras i Esmaker sedan juni 2022. Vid observationer ses förbättringsområden gällande sprita händer före besök samt hålla avstånd.

Verksamheten fortsätter med egenkontroll samt analys och uppföljning månadsvis. Ett annat exempel på egenkontroll är dokumentationsgranskning, där det finns variationer och förbättringspotential. En åtgärd är att all nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal har en genomgång med dokumentationssamordnare som tillsammans med den anställde gör en plan för fortsatta utbildningsinsatser och stöd i dokumentationen. Åtgärderna kommuniceras med vederbörande chef.

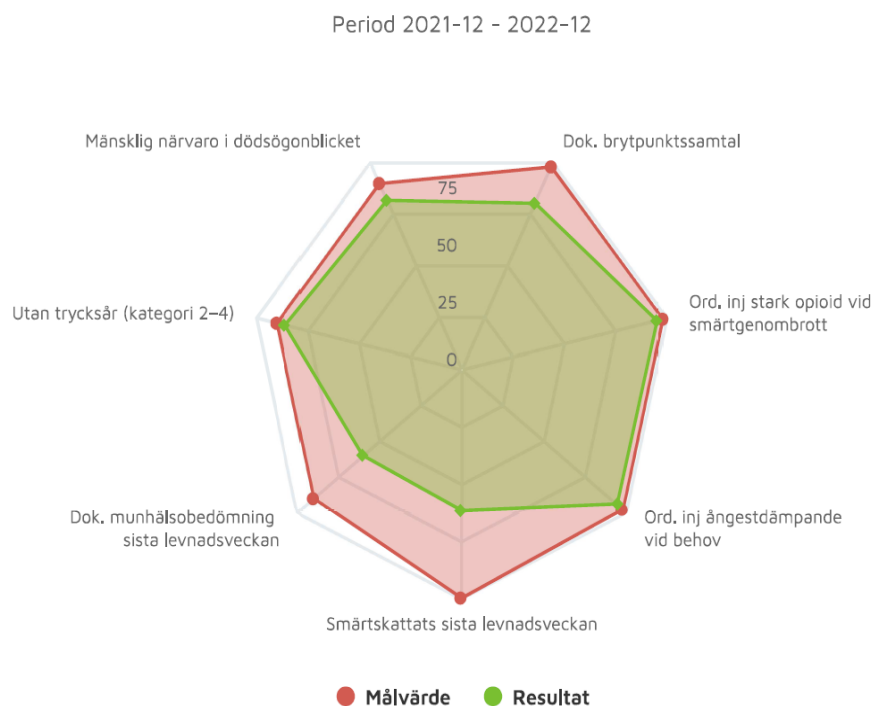
Att chef har varit närvarande och tillgänglig i sitt ledarskap i verksamheten har varit en framgångsfaktor under året för att vägleda och ge stöd till medarbetarna i olika situationer. En ny chefsorganisation finns på plats sedan 2021 med syfte att stärka det nära ledarskapet, möjliggöra kontinuerliga uppföljningar och egenkontroller samt bevaka nya rutiner för ökad patientsäkerhet. Verksamheten består av 12 biträdande enhetschefer, där de ansvarar för sin enhet (25-26 boende samt 25-30 medarbetare) där ansvar för bemanning och planering av personal ingår. Korttids- och växelvård och dagverksamhet leds av en biträdande enhetschef med hjälp av en samordnare. Detta

betyder att antalet personal som varje biträdande chef har ansvar för och antal boende och anhöriga/närstående har halverats i samband med omorganisationen. Verksamheten har haft full beläggning under större delen av 2022, vissa rum har under kortare perioder fyllts med korttids platser i väntan på permanent inflyt.

Måluppfyllelse: Delmål 2 – symtomkontroll palliativ vård

Målet är delvis uppfyllt. En viss skillnad finns mellan enheterna gällande måluppfyllelse. Totalt antal dödsfall på Mälarbacken från jan 2022 till december 2022 är 74. Av dem är 60 dödsfall registrerade i palliativa registret. En brist är att inte alla dödsfallen under 2022 är registrerade i palliativa kvalitetsregistret. Det kan bero på att en del av dödsfallen har skett på sjukhus och därmed inte blivit registrerade där eller att vikarier som saknat behörighet till systemet har jobbat. I samband med dödsfall erbjöds 79 procent av anhöriga efterlevandesamtal vid de dödsfall som fanns registrerade. En trolig orsak till varför siffran inte är högre är att sjuksköterskorna inte har haft kännedom om eller följt verksamhetens rutiner. I cirka 13 procent av de registrerade dödsfallen är svaret "vet ej" när det gäller efterlevandesamtal. Förklaringen kan vara att alla sjuksköterskor inte känner till rutinen gällande "erbjuda efterlevandesamtal", samt att rutinen behöver förtydligas eller så har den avlidna inga anhöriga/närstående eller god man/förvaltare. De områden där verksamheten haft goda resultat och nått måluppfyllelse är: Symtomlindring vid smärta, ångest, att den boende inte har haft trycksår samt mänsklig närvaro vid dödsfallet. Förbättringsområden för Mälarbacken gällande symtomkontrollen enligt statistik från palliativa registret från 2022 är: Dokumentation av munhälsa vid livets slut, dokumentation av smärtskattning samt registrering av erbjudandet gällande brytpunktssamtal av läkare (Se Figur 1).

Figur 1. Spindeldiagram över resultat för symtomkontroll palliativ vård.



Två biträdande enhetschefer har ansvar för att driva förbättrings- och utvecklingsarbetet inom palliativa omvårdnaden. Under året har ansvariga chefer kallat palliativa ombuden till reflektionsmöten i syfte att växla idéer och diskutera arbetsrutiner och lära av varandra. Palliativa ombuden har fått vara med på en inspirationsdag där de fick delta i olika föreläsningar. I verksamheten används "Döbra"- kortleken som är ett verktyg för att samtala kring döden med den boende. Det palliativa kvalitetsregistret är omgjort så att rubrikträdet motsvarar varje enhet vilket underlättar uppföljning och resultatanalys.

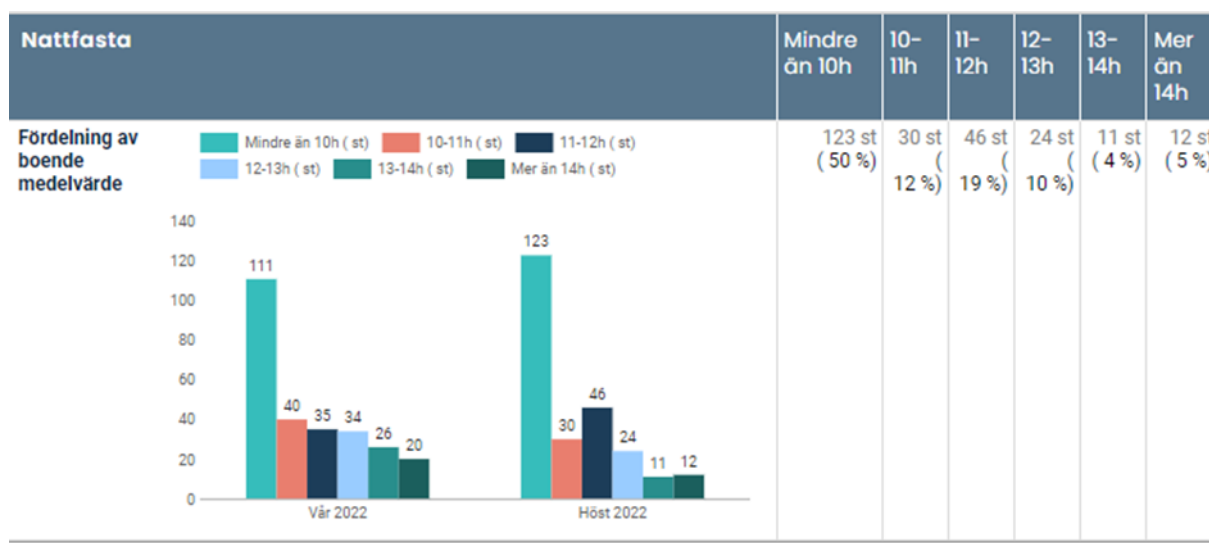
Måluppfyllelse: Delmål 3 – undvika/minska risk för undernäring

Målet är delvis uppfyllt då flera personer ligger över det rekommenderade målet för nattfasta enligt årets mätningar i Stockholms stads verksamhetssystem ILS (se Figur 2).

Vi har fortfarande boende som har en längre nattfasta än 11 timmar. Därför behöver vi

fortsätta arbeta vidare med detta och förkorta tiden för ofrivillig nattfasta. Den längre nattfastan över 11 timmar gäller mest på de somatiska enheterna, där boende oftast medvetet tackar nej till mellanmål. På flera enheter sågs det en klar förbättring från förra året samt från våren till hösten.

Figur 2. Resultat av egenkontroll gällande nattfasta



Sjuksköterskorna har jobbat systematiskt med riskbedömningar i Senior Alert gällande nutritionsstatus och satt in åtgärder vid behov. Åtgärderna följs upp kontinuerligt. Viktkontroller genomförs var 3:e månad samt vid behov. Dietistkonsultationerna har ökat i verksamheten. Flera utbildningar inom nutritionsområdet har kommit igång under året för både hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal samt chefer. En genomgång av den lokala rutinen kring användning av näringsdryck på respektive enhet samt genomgång av rutinen i ledningsgruppen tillsammans med dietister har skett för att tydliggöra ansvar för uppföljning och insatta nutritionsbefrämjande åtgärder. En ny reviderad rutin gällande kontakt med dietist är under bearbetning av MAS och dietist för att tydliggöra när och hur man ska kontakta dietisten. Förbättrat teamarbete kring nutritionsfrågor där dietistens

roll synliggörs mer har etablerats. När det gäller korttids- och växelvårdsenheten har man infört in- och utskrivningsvikt som rutin för att kunna följa viktutvecklingen.

Måluppfyllelse: Delmål 4 – vidareutveckla akademisk nod

Målet är helt uppfyllt. Alla aktiviteter som är kopplade till målet har utförts under året. Samtliga studenter och elever kunde fullfölja sina utbildningsprogram genom verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller arbetsplatsförlagd utbildning (APL). Handledare träffar har erbjudits handledarna och interprofessionella aktiviteter har arrangerats under studenternas verksamhetsförlagda utbildning. Akademisk Inspirationsdag har genomförts 15 november tillsammans med olika högskolor, Äldreförvaltningen och övriga akademiska noder i staden. En modell att handleda studenter i interprofessionella team är i gång i samarbete med högskola. Avdelning 4A är pilot enhet där studenterna har huvudansvaret för patienterna med handledaren i bakgrunden. En informationsbroschyr och en film har tagits fram i samarbete med Äldreförvaltningen i syfte att tydliggöra begreppet Akademisk Nod. Under hösten har Mälarbacken jobbat med utveckling av metodrum med möjlighet att utbilda/träna omvårdnadspersonalen under handledning av HSL personal. Metodrummet invigdes sista veckan i november 2022.

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. Utifrån resultat/måluppfyllelse från 2022 års patientsäkerhetsberättelse samt den lokala analysen utifrån SKR:s patientsäkerhetsverktyg har fyra nya delmål för verksamheten identifierats vilka verksamheten kommer arbeta mot under 2023:

Delmål 1: Utbildning och kompetenshöjning för ökad patientsäkerhet.

Delmål 2: Förbättrad följsamhet i rutiner gällande hantering och administrering av läkemedel i syfte att minska läkemedelsavvikelser, hindra fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

Delmål 3: Förbättrad följsamhet till åtgärder kopplade till hälsoplan utifrån riskbedömningar samt dokumentation i journal.

Delmål 4: Minska risken för ofrivillig viktminskning genom möjlighet till ökad delaktighet vid personcentrerad omvårdnad avseende aktivitet och måltidssituation.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt. Det övergripande målet följs upp genom fyra delmål, varav det första delmålet är särskilt anpassat för att motverka identifierade patientsäkerhetsrisker. Övriga delmål är av mer långsiktig karaktär.

Delmål 1 – säker vård för hög patientsäkerhet

Delmål 2 – symtomkontroll palliativ vård

Delmål 3 – undvika/minska risk för undernäring

Delmål 4 – vidareutveckla akademisk nod

Delmålen har valts utifrån verksamhetens behov för utveckling och förbättring av patientsäker vård. Genom systematiska kontroller och uppföljningar i verksamheten identifieras och minimeras riskerna 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 närstående för att uppnå en trygg och säker vård.

Vårdens 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 det övergripande målet:

- En central del i att kunna bedriva en säker vård och omsorg är att verksamheten har ett komplett och uppdaterat kvalitetsledningssystem. Under året har verksamheten påbörjat arbetet med att uppdatera och implementera vissa HSL-rutiner. Till exempel delegering och avvikelshantering.
- En av de biträdande enhetscheferna har fått uppdrag ihop med HSL- gruppen att se över HSL rutiner, uppdatera dem och informera övriga chefer om uppdateringar. Övriga chefer ser i sin tur till att implementera nya/uppdaterade rutiner.
- Mätning av följsamhet till basala hygienföreskrifter och klädregler genom punktprevalensmätningar (PPM) och egenkontroll av basala hygienrutiner.
- Uppföljning av registreringar i de nationella kvalitetsregister Senior Alert ger möjlighet till ett mer systematiskt arbete gällande identifiering av risker samt uppföljning av vidtagna åtgärder. Mälarbackens samtliga enheter använder kvalitetsregistret Senior alert som en väl inarbetad metod och ett evidensbaserat verktyg i vård- och omsorgsarbetet för att göra riskbedömningar, sätta in åtgärder

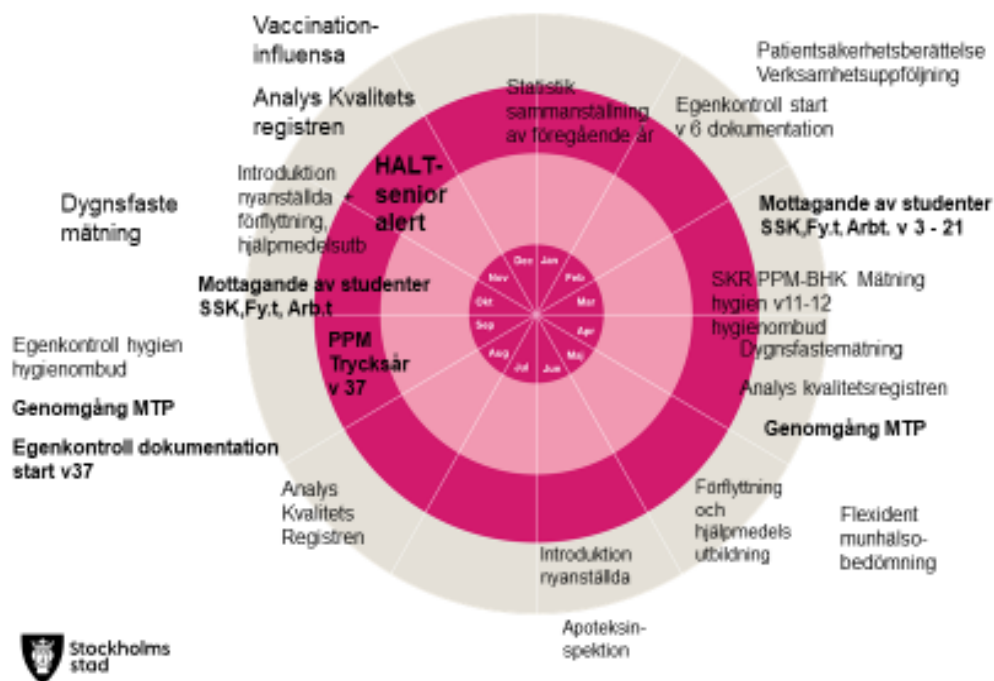
samt följa upp åtgärder. Uppföljningar görs fyra gånger per år med genomgång och analys.

- Egenkontroll av dokumentation med strukturerad dokumentationsgranskningar utifrån fastställda mall. Årets granskning har fokuserats på patientens delaktighet i vården och teamarbete samt att det finns en koppling mellan hälsoplaner i hälso- och sjukvård journal och genomförandeplaner i SoL-dokumentationen.
- Mätning av nattfastan sker i samarbete med legitimerad dietist och med fastställd mall vilken är gemensam för hela Stockholms stad för möjlighet till jämförelser. Mätningen registreras i ILS webb.
- Modell för mottagande och handledd praktik (VFU och APL) av studenter och elever sker i samarbete med högskolor, universitet samt gymnasie- och vuxenutbildning. Adjungerad klinisk adjunkt planerar, organiserar och följer upp, samt är kontaktperson gentemot samarbetsparterna.
- Utveckling och bibehållande av kompetens genom utbildning/fortbildning av personal. Bland annat har utbildningar i demensvård utifrån Silviahemmets vårdfilosofi genomförts i syfte att bibehålla certifiering från Stiftelsen Silviahemmet och säkerställa en god vård och omsorg för boende med demenssjukdom.
- Upprätthålla hygienisk standard hos all personal genom hygienutbildning samt egenkontroll och egen skattning av följsamhet i basala hygien rutiner.

- Introduktion av nyanställda med webbutbildningar samt utbildning i förflyttningskunskap och en handledd period med en kollega under introduktion samt en mentor under de första månaderna.
- Systematiska egenkontroller av t ex medicinsktekniska produkter. Signeringslista för daglig kontroll av förskrivna hjälpmedel har införts och funktionsbedömts av omvårdnadspersonal. Nya rutiner med signeringslistor för läkemedelshantering har införts. Även loggkontroller av HSL personal utförs.
- Riskanalyser och handlingsplaner relaterat till naturförhållande eller krissituationer har utförts kontinuerligt under året.
- Utredning, analys och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavvikelser har skett i samarbete med MAS och MAR. Pågående arbete med fortsättning under 2023.

Figur 3. Årshjul för det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Aktiviteter hälso- och sjukvård 2022



Organisation och ansvar

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

Nedan beskrivs hur ledningsorganisationen för patientsäkerhetsarbetet är organiserat på huvudmänna- 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 (PKC) 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.

Enhetschefsansvaret frångår inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar.

Enhetschef ansvarar för att:

Det finns de rutiner och instruktioner som krävs i verksamheten och att de upprätthålls samt att personalen har rätt kompetens. Överförmyndaren underrättas när en patient antas behöva god man eller förvaltare. Närstående underrättas omedelbart när en patient avlider eller när patientens 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 verksamhetschefens 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/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processorienterat. 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 funktions bevarande syfte är den legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

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 otroligt 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 dygnfasta. 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 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

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

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 med läkarorganisationen

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

Medicinsktekniska produkter (MTP)

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 avsett att användas vid akuta behov som t ex vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

Samverkan nutritionsbehandling

Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg (Agresso). Ett gemensamt förråd finns för 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 främjar en säkrare läkemedelsbehandling.

Apoteket AB

Genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS, sjuksköterskor samt biträdande enhetschefer 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, smittspårning, 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.

Tandvård

Samverkansmöten med kommunernas 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, utbildningsinsatser till såväl vård-personal som legitimerade yrkesgrupper

Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl.a. reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner. Lokal tillhandahålls genom hyresavtal.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning gemensamt med verksamhetschef och MAS/MAR. Loggrapporter arkiveras på enheten. Ingen utomstående avvikelse har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har inte genomföras under året. Orsaken beror på att biträdande enhetschefer inte har fått rätt behörighet i NPÖ. Frågan har lyfts upp med ansvariga och väntar på åtgärder. Vid avvikelse görs sammanställning och analys i kvalitetsråd samt återkoppling till MAS/MAR samt berörd person. Loggrapporter arkiverats på enheten. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av 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 stadsdelens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas. Behörigheter och åtkomst av olika stödsystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten.

Från första oktober då nya LAS regler börjat gälla har vi infört rutin gällande användning av lånekort till timanställda. Anledningen är att anställningarna inte hinner komma in i systemet vilket hindrar att personen kan få behörighet i tid. Vid nyanställningar ska

biträdande enhetschef beställa behörighet till dokumentationssystemet genom verksamhetens administratörer i god tid. Det finns tillfälliga lånekort i verksamheten för att ny/ timanställd personal ska kunna logga in i systemet och dokumentera i Vodok och Parasol. Gällande behörighet i olika register: om timanställd personal saknar behörighet ska denne rapportera detta till ordinarie personal som kommer att ha ansvaret för berörd registrering.

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.



All personal ansvarar för att rapportera avvikelser när det inträffar eller upptäcks.

Omvårdnadspersonal rapporterar muntligt och skriftligt på en avvikelseblankett. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna och egna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i avsedd avvikelsemodul, som är kopplad till journalsystemet Vodok.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

Bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar till exempel kontakt med läkare eller fallförebyggande åtgärder. Rapportera, analysera och registrera avvikelser samt journalföra och utvärdera. Tillsammans med verksamhetschef/biträdande enhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och

informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

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 2022

- Reflektionsmöten i lärande syfte med Palliativa ombud
- HLR-utbildning
- Webb-baserad Hygienutbildning
- Föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident
- Digitala utbildningar t ex våld i nära relation, delegering
- Ergonomi och förflytningsutbildning, internt
- Mat- och måltider, måltidsobservation, internutbildning med dietist
- Dokumentation, internt med dokumentationssamordnare
- Påbyggnadsutbildning för undersköterskor USK3 + USK4
- Specialistundersköterskor, extern 2 år (50 % studietakt) – 4 stycken
- Specialistsjuksköterskor, extern 2 år (50 % studietakt) – 2 stycken

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 anhöriga till vårdplanering/samtal vid in flytt samt vid behov där information om verksamheten delges och frågor kan besvaras om samtycke inhämtats från den som vårdas. Vid mötena efterfrågas önskemål om delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet för personen som vårdas.

Funktionsbrevlådor finns installerat till varje enhet för att underlätta för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns även brevlådor för inlämnande av synpunkter/klagomål från anhöriga. Medverkan kan ske digitalt utan att vara fysiskt på plats vilket underlättar anhörigas/närståendes möjlighet till delaktighet. Vid verksamhetens korttids/växelvård inbjuds anhöriga/närstående att delta vid vårdplaneringar och uppföljningar som sammankallas via biståndsenheten.

Boråd vänder sig till de boende på somatisk enhet som önskar mer information om verksamheten och möjlighet att ta del av frågor som berör verksamheten. I borådet finns även möjlighet för boende att framföra synpunkter och klagomål. Ett månatligt informationsbrev med nyheter och allmän information görs tillgängligt för boende/patient 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 t.ex. "säkra besök" skickats vid flera tillfällen.

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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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 året har ett flertal egenkontroller planerats och genomförts vid verksamheten. I Tabell 1 beskrivs de planerade egenkontrollerna för 2022 och med vilken frekvens de planerats att genomföras. I Tabell 2 beskrivs utfallet av de planerade egenkontrollerna.

Tabell 1. Planerade egenkontroller för år 2022

Egenkontroll för:	Omfattning demens	Omfattning soma	Källa
Dokumentation i journalsystem Vodok	2 ggr/år	2 ggr/år	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Delegering	1ggr/år	1 ggr/år	MAS/MAR riktlinjer, regler , verksamhetens lokala rutin
Loggkontroll	1 patient/1 personal/mån	1 patient/1 personal/mån	MAS/MAR riktlinjer, regler, verksamhetens lokala rutin
Läkemedelsgenomgång m. symtomskattning	1 ggr/år + vid behov	1 ggr/år + vid behov	Läkarorganisation Capio Legevisitten SÄBO

Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1gång/år	1gång/år	Protokoll
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner	2 ggr/år	2 ggr/år	Nationell PPM- punkt- prevalens mätning protokoll från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner)
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Varje vecka	Varje vecka	Protokoll
Hygienrond	1 gång/år	1 gång/år	Protokoll från Vårdhygien
Funktionskontroll MTP	Varje vecka/månad/ år	Varje vecka/månad/ år	MAS/MAR Verksamhetens lokala rutin
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister/senior alert Journalssystem Vodok
Nattfasta	2 gånger/år	2 gånger/år	Riktlinjer Socialstyrelsen Vodok journal Verksamhetens lokala rutin
Viktmätning	Var 3:e månad	Var 3:e månad	Kvalitetsregister/ lokal rutin journalssystem Vodok
Förekomst av trycksår	1 gång/år	1 gång/år	PPM-punkt prevalensmätning i

			kvalitetsregister senioralert/journalsystem Vodok
Vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning	1 gång/år	1 gång/år	PPM- Svenska HALT punktprevalens mätning Kvalitetsregister/senior alert
Uppföljning av Skyddsåtgärder	1 ggr/mån i kvalitetsråd	1 ggr/mån i kvalitetsråd	Verksamhetens rutin MAS
Synpunkter/klagomål som rör hälso- och sjukvård	3 gånger/år, kontinuerligt	3 gånger/år, kontinuerligt	Verksamhetens lokala rutin MAS MAR
Avvikelser/händelser Hälso- och sjukvård	1 gång/månad kvalitetsråd	1 gång/månad kvalitetsråd	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	1 gång/månad	Protokoll per enhet Enligt lokal läkemedels rutin, och MAS riktlinje
Patientens klagomål och synpunkter	kontinuerligt	kontinuerligt	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystem

Tabell 2. Analysområden med utförda åtgärder och resultat

Analysområde	Utförda åtgärder	Resultat
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer gällande 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 Under året har ingen screening för MRSA utförts Flera screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer.
Smittspridning Covid-19	Verksamheten har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19. Målet har varit att minska smittspridning i verksamheten. Vaccination av boende och personal. God rutinefterlevnad. Goda kunskaper inom basal hygien, smittspridning och	Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer 5ggr för Covid-19 vilket bedöms ha varit en stor bidragande orsak till att boende inte har insjuknat /har haft lättare symtom trots smittspridning i samhället. God rutinefterlevnad hos personalen gällande skyddsutrustning,

	<p>användande av skyddsutrustning.</p>	<p>smittspridning och basal hygien anses också vara en stor bidragande faktor. Åtgärderna bedöms som tillräckligt goda för hela året att nå målsättning om låg antal Covid-19smittade boende under 2022 vilket vi också gjort.</p>
<p>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner</p>	<p>Vi har genomfört två hygiensjälvskattningar per år och hygienobservationer månadsvis under 2022. Under 2022 har samtliga genomgått utbildning inom området. Genomgång av rutiner samt resultat av egenkontroller på APT.</p>	<p>Generellt goda kunskaper och god rutinefterlevnad. Vissa brister har noterats gällande kravet på att sprita händerna innan besök hos boende samt användning av handskar.</p>
<p>Avvikelser/händelser Hälso- och sjukvård</p>	<p>Har följts upp varje månad i Vodok, samt analyserats på kvalitetsråd och HSL-möten.</p>	<p>Målsättningen var att minska antalet totala läkemedelsavvikelser jämfört med 2021. På somaenheterna har totala läkemedelsavvikelser under 2021 varit 142 stycken och 2022 var motsvarande</p>

		<p>siffran 94. På demensenheterna har antalet läkemedelsavvikelse minskat från 192 (2021) till 184 i år. Se diagram över typ av fall och läkemedelsavvikelse för 2022 på s. 38.</p>
Uppföljning av skyddsåtgärder	Uppföljning av skyddsåtgärder började verksamheten jobba med mer systematiskt från december 2022	Förbättringsområde gällande skyddsåtgärder är uppföljning/utvärdering av vidtagna åtgärder i t.ex. fallförebyggande syfte
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, inkontinens och munhälsa	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och Vodok, samt följer upp.</p> <p>Kontroll och analys av HSL-dokumentation två gånger varje år av SSK och rehab i team, där riskbedömningar/åtgärder granskas. Sammanställning lämnas till bitr. enhetschef, som sedan läggs i egenkontrollmappen.</p>	<p>HSL- granskningen visar att riskbedömningar görs systematiskt och åtgärder vidtas. Brister fanns i uppföljning/utvärdering av åtgärderna.</p> <p>Förbättringsområden är uppföljning och dokumentation av åtgärder. Detta ska finnas som mål för 2023.</p>

<p>Patientens klagomål och synpunkter</p>	<p>Biträdande enhetschef ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller enheten. Alla synpunkter och klagomål förmedlas till stadsdelens verksamhetscontroller.</p>	<p>Verksamheten har haft tre ärenden gällande HSL-insatser som anmälts till IVO. Efter bedömning/utredning av IVO beslutade IVO att ärendena kunde avslutas.</p> <p>Gott samarbete och god kommunikation med anhöriga under året. Verksamheten har fått flera (9) positiva synpunkter från anhöriga.</p>
<p>Dokumentationsgranskning</p>	<p>Kontroll och analys av HSL-dokumentation två gånger varje år av SSK och rehab i team, sammanställning lämnas till bitr. enhetschef. Under 2022 genomfördes två granskningar. Underlag skickades till MAS.</p>	<p>Visar brister i kopplande av åtgärder till hälsoplaner och dubletter av hälsoplaner samt uppföljning av åtgärder. Klar förbättring i registrering av upprättande av hälsoplaner och följsamhet till alla steg.</p>
<p>Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut</p>	<p>Verksamhetens läkemedelshantering och rutiner granskades 2022 av både MAS och extern apoteksgranskare från Apoteket AB.</p>	<p>Förslag till förbättringsområden: Kontrollräkna narkotika månadsvis. På vissa enheter hade man missat att räkna under sommarmånaderna.</p>

		<p>Uppföljning av delegeringar.</p> <p>Inga doseringar ska stå i signeringslistan. Hänvisa till Ordinationslistan.</p> <p>Säkerställa läkemedlets hållbarhet genom regelbundna kontroller</p>
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	Narkotikaklassade preparat har kontrollräknats varje månad av ansvarig sjuksköterska, både boendeknutna och de i buffertförråd. Kontroll av kontrollräkningarna har även genomförts vid apoteksgranskning och internrevision.	Säkerställa att narkotika räknas varje månad och inte missas under semesterperioden. När kontrollräkning ska ske framgår tydligt i verksamhetens lokala läkemedelsrutin
Nattfasta	Mätning av nattfastan har skett två ggr under tre dygn under 2022.	De flesta enheter hade förbättrat resultatet mot förra året men även från våren till hösten med målet att ha nattfasta under 11 timmar.
Funktionskontroll (Medicinsktekniska produkter MTP)	Kontroller görs utifrån verksamhetens rutiner.	Kontrollerna görs, men verksamheten behöver bli bättre på följsamheten.

	Signeringslistor används för det.	
--	--------------------------------------	--

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



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

Vid Mälarbacken vård- och omsorgsboende ser processen för avvikelshantering ut som följer. Avvikelse skrivs av personal som upptäcker händelsen och det ska helst ske i anslutning till händelsen. Tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal tar emot den skriftliga avvikelserna och sedan gör en bedömning om vilka åtgärder ska utföras. Avvikelse dokumenteras i avvikelsemodullen. Biträdande enhetschef utgår från avvikelsemodullen och kallar till kvalitetsråds-möte som är en gång per månad.

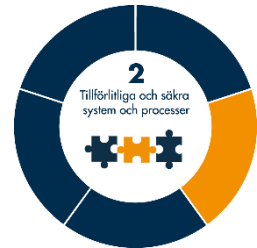
Avvikelseråd består av olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska fysioterapeut, skyddsombud och biträdande enhetschef. Vid allvariga händelser ser biträdandeenhetschef till att MAS & MAR Kontaktas. Biträdande enhetschef ansvarar att tillse att följa upp och analysera

avvikelse, så att aktuella åtgärder vidtas för att säkra & förbättra vården. Därefter tas avvikelserna och de eventuella nya rutiner som införts på arbetsplatsträff (APT) för

implementering i hela arbetsgruppen. Några exempel på förekommande hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2022 är fall och fallskador, samt brister i läkemedelshantering.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. 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 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 utgår från teamarbete. Teamet består av olika professioner bland annat sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskan informerar patienten om Senior Alert och inhämtar samtycke och dokumenterar i journalsystem.

Svenska Halt

Är en metod som mäter vårdrelaterade infektioner som urinvägsinfektion samt antibiotikaanvändning hos vårdtagaren på vård- och omsorgsboende. Mätningen sker en gång per år, en bestämd dag.

Svenska 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.

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

Både en enkel och fördjupad genomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Utförs av läkarorganisation i samarbete med hela teamet.

Team/gruppmöte

Alla enheter på Mälarbacken har team/grupp-möte. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biträdande enhetschef. På korttids enheten deltar även samordnaren på möte.

Följsamhet till basala hygienrutiner

I början av året utförs Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler. Resultatet registreras i SKR:s databas och kan jämföras på både verksamhets- och nationellnivå. Därutöver gör

hygienombuden kontrollerar månadsvis av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och gör en sammanställning som sedan lämnas till biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef analyserar resultatet och sätter in åtgärder vid behov. Ett utarbetat webb-baserat analysverktyg "Esmaker" bidrar till en strukturerad uppföljning och analys, vilken kan följas över tid.

Ergonomiutbildning

Utförs av rehab-personal för omvårdnadspersonal med fokus på patientens säkerhet vid lyft och förflyttningar samt personalens ergonomi.

MAS & MAR- möten för hälso- och sjukvårdspersonal

Ett forum där diskuteras vad som är aktuellt kring hälso-och sjukvård, uppföljning kring vilka åtgärder som behövs utifrån verksamhetens avvikelser samt genomgång av nya och reviderade rutiner. Verksamheten har jobbat med säkra delegeringar och har infört ny rutin gällande att alla delegeringar ska registreras i Vodok.

Kvalitetsgranskning för läkemedelsförråd

Extern kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker 1 ggr/år. Protokoll från Apoteket AB med återkoppling till verksamheten med förslag på förbättringsområden används för verksamhetsutveckling.

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.



Stadens verktyg för riskanalys har använts vid exempelvis risker i arbetsmiljö.

Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgrupp. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning.

I följande avsnitt beskrivs vilka riskområden som identifierats i verksamheten under året och åtgärder som vidtagits för att minska patientsäkerhetsriskerna.

Identifierade riskområden

- Avvikelse gällande fall
- Avvikelse i läkemedelshantering
- Avvikelse i brister i vårdkedjan
- Brister i dokumentation enligt IVO: s granskning 2022.
- IT och behörigheter till olika system

Åtgärder och strategier för hantering av riskområden presenteras här nedan samt på sida 29- 34 i Tabell 5: Mälarbackens mål/strategier, åtgärder, måluppfyllelse samt analys för patientsäkerhetsarbete 2022.

Följande strategier och arbetssätt används för att nå det övergripande målen

- Mätning av följsamhet till basala hygienföreskrifter och klädregler genom punktprevalensmätning (PPM-BHK).
- Sammanställning och analys av kvalitetsregister sker genom kollegial granskning samt tillsammans med kollegor och chefer.
- Egenkontroll med strukturerad dokumentationsgranskning, sker utifrån fast ställd mall:

1. Om uppföljningar finns med.
 2. Om hälsoplaner och genomförandeplaner har samma mål och stämmer överens med omvårdnadsåtgärder.
 3. Om brister i kedjan av teamarbete finns. Brister i dokumentationen tas upp vid möten på enheten tillsammans med HSL personal.
- Enligt lokal rutin för medicintekniska produkter har en checklista för baspersonal som utför funktionskontroller implementerats under året. Det ingår numera i egenkontroll systemet. Inventering, kassering och nyanskaffning samt kontroll av exempelvis vårdsängar, mobila hygienstolar samt personvågar har genomförts.
 - Mätning av nattfastan, sker (2 gånger/år) i samarbete med dietist och med fastställd mall som är gemensam för hela Stockholmsstad för möjlighet till jämförelser.
 - Introduktion för nyanställda har i huvudsak skett med handledare på enheten under året. Introduktionsperioden utgår från tidigare erfarenhet och kunskapsnivå. En halvdag med ergonomi och förflyttningskunskap har också genomförts. En introduktionsutbildning är framtagen av Äldreförvaltningen för både nyanställda men också med fördjupning för de som redan arbetar inom vård- och omsorg.
 - Avvikelsehantering/Kvalitetsråd- uppföljning av skyddsåtgärder har påbörjats under december, 2022. Bevakning av rapporterade händelser har genomförts månadsvis. Det ger möjlighet att se trender över avvikande händelser i verksamheten. Biträdande enhetschef utgår från avvikelsemodulen och kallar månatligen de yrkesprofessioner som behövs för genomgång, analys och åtgärder.
 - En modell i form av "peer-learning" för mottagande och handledd praktik (VFU och APL) av studenter och elever sker i samarbete med högskolor, universitet samt gymnasie- och vuxenutbildning. Adjungerad klinisk adjunkt planerar,

organiserar och följer upp samt är kontaktperson gentemot samarbetsparterna.

Digital enkät skickas till studenterna efter VFU-periodens slut för att återkoppla studenternas upplevelse och synpunkter till verksamheten.

- Vi har succesivt minskat inhyrning av personal under året. Egna vikarier har anställts istället, vilket ger bättre kontinuitet och högre patientsäkerhet.
- En incident inträffade med leveransproblem. Vid leveransproblem av läkemedel finns det buffertförråd i huset och vi samarbetar med att säkerställa att patienter får läkemedel. Avvikelse skriv till leverantören- återkoppling fås av dem med förbättrade rutiner.
- När problem med nätverket och IT och behörigheter uppstår i verksamheter tar det tid från verksamheter och omvårdnadsarbetet, vilket kan vara en risk för patientsäkerhetsarbetet. Det finns utarbetade rutiner, där man dokumenterar på pappersblankett. Det finns även lånekort för timvikarier för både sjuksköterskor och undersköterskor.
- Vid aggressivt eller utåtagerande boende, eller som inte vill vara kvar, visar tecken av att fly, finns utarbetade rutiner.
- Vid akut uppkommen brist av personal under jourtid, helger, kvällar, nätter finns rutin för arbetsfördelning samt prioritering av arbetsuppgifter.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Stadens verktyg för riskanalys har använts för att göra olika riskbedömningar.

Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgrupp. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning. Många risker har hanterats i verksamheten under året, se några exempel i Tabell 3 nedan.

Tabell 3. Hantering av risker under verksamhetsåret

Hantering av skyddsutrustning
Smittförebyggande åtgärder
Sommar/julbemannning
Värmebölja
Säkra besök till boende från närstående
Säker bemanning vid ökade sjuktal, personal och chefer
Inför el-avbrott
Försenad läkemedelsleverans
Kris. och kontinuitetsplan
Brandrutin

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.

Detta fokus syftar på att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador

och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvårdens samt stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård.

För att stärka analys, lärande och utveckling kopplat till patientsäkerhetsarbetet har Mälärbacken vård- och omsorgsboende under året genomfört en analys av sitt patientsäkerhetsarbete med stöd av SKR:s patientsäkerhetsmodell. Denna kommer sedan ligga till grund för en övergripande analys av patientsäkerhetsarbetet inom Bromma stadsdelsförvaltnings samlade vård- och omsorgsboende.

Tabell 4. Nulägesanalys- sammanställning för Mälärbacken 2022

Fokusområde	Tema	Insatser	Medverkande aktörer
Grundläggande förutsättningar patientsäkerhetsarbete	Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling	Kvalitetsrådet, gruppmöten, informationsöverföring mellan vårdgivarna,	Capio Legevisitten AB, Bromma SDF,

		samt personal i den egna enheten	Samtrans, andra vårdgivare
Tillförlitliga och säkra system och processer	Tillförlitliga och säkra processer- i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	Ett säkert informationssystem, där alla vårdgivare har tillgång för att både lämna information samt ta del av information	Capio Legevisitten AB, Bromma SDF, Samtrans, Stockholm Stad, biståndsenhet
Stärka analys, lärande och utveckling	Analyser som möjliggör lärande	Analyser som visar vilka områden man behöver jobba med	MAS, MAR, Kvalitetsutvecklare
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Övningar på arbetsplats som ökar kunskap, utbildning och färdighetsträningar	SBA, Bromma SDF, Enhetschefer och ansvariga ombud för färdighetsträning

Tabell 5. Mälarbackens mål/strategier, åtgärder, måluppfyllelse samt analys för patientsäkerhetsarbete 2022

Strategier för	Åtgärd	Måluppfyllelse/resultat	Analys
Delmål 1: Säker vård för hög patientsäkerhet			
Egenkontroll och avvikelshantering	Kvalitetsråd 1/månad.	Majoriteten av avvikelser som behandlades på kvalitetsråd var	Fortsatt arbete med kontinuerliga riskbedömningar samt uppföljning av

		<p>kopplade till fall och läkemedel. Inga avvikelser var registrerade som har lett till Lex Maria eller Lex Sara.</p> <p>Många av fallen var relaterade till egen förflyttning. Bättre uppföljning gällande skyddsåtgärder behövs.</p> <p>Sjuksköterskor gör egna interna kontroller för att minska fel i hantering av läkemedel.</p>	<p>olika fall-förebyggande åtgärder. Utvärdering av skyddsåtgärder på kvalitetsråd framöver.</p> <p>Tydligare arbetsfördelning/planering i personalgruppen samt stickkontroller (intern kontroll) av läkemedelshantering är nödvändig för att minska avvikelser i läkemedel.</p>
<p>Identifiering av mest förekommande riskområden.</p>	<p>Risicanalys och handlingsplan tas fram.</p>	<p>Kontinuerlig översyn och bevaka nya riktlinjer.</p>	<p>Risicanalys ska vara ett levande material som verksamheten jobbar med kontinuerligt.</p>

			<p>Regelbundna genomgångar av olika riskområden samt riskanalyser är ett sätt för verksamheten att hålla sig uppdaterad.</p>
<p>Minska smittspridning av covid-19 med olika åtgärder</p> <p>Säkerställa personal försörjning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Kontinuerlig egenkontroll av hygien. – PPM mätning v 11-12 – Utbildningsinsatser – Lokala rutiner – Säkra besök – Vaccination <p>Dos 4 och 5 utförts och registrerats av sjuksköterska.</p>	<p>Hygienkontroller utförts 1 ggr/mån.</p> <p>Resultatet visade förbättringsområden gällande att sprita händer före samt hålla avstånd.</p> <p>Inga besökare i allmänna utrymmen, alla bär munskydd.</p> <p>Nästan samtliga boende är vaccinerade.</p>	<p>Kvarstår vissa brister i följsamheten till basala hygienrutiner bl.a. gällande hålla avstånd och sprita händer innan besök.</p> <p>Smittbegränsande åtgärder som är nödvändiga men resurskrävande fungerar tillfredställande.</p> <p>Färre smittade blir svårt sjuka.</p>

		<p>Färre antal personer som vårdar de boende – minskad inhyrd personal.</p> <p>Egna timvikarier är anställda istället som ger stabilitet och kvalitet.</p>	
<p>Minskat ansvarsområden för biträdande enhetschefer.</p>	<p>Operativt ledarskap</p> <p>Kompetensöversyn</p> <p>Minska andelen timanställda/inhyrd personal</p> <p>Tillsätta vakanta tjänster för baspersonal.</p>	<p>Minskad sjukfrånvaro på vissa enheter.</p> <p>Under året har vi åstadkommit en mer enhetlig samsyn i ledningsgruppen och samarbetar över gränser. Detta leder till effektivt resursutnyttjande och till ökad kvalitet och patientsäkerhet.</p>	<p>Fortsätt med samsyn i ledningsgruppen och samarbeten över gränser, vilket leder till effektivt resursutnyttjande och till ökad kvalitet och patientsäkerhet.</p>
<p>Strategier för Delmål 2:</p>	<p>Åtgärd</p>	<p>Måluppfyllelse/resultat</p>	<p>Analys</p>

Symtom kontroll Palliativvård			
Palliativa ombud	<p data-bbox="481 338 775 461">Utbildningsinsatser/ palliativa ombud</p> <p data-bbox="481 1126 676 1160">Döbra-kortlek</p> <p data-bbox="481 1541 772 1653">Reflektionsmöten för palliativa ombud</p>	<p data-bbox="801 338 1094 595">En förbättring sågs i statistiken i palliativa registret gällande symtomlindring.</p> <p data-bbox="801 1093 989 1205">Döbra kortlek används.</p> <p data-bbox="801 1615 1078 1727">Reflektionsmöten är igång.</p>	<p data-bbox="1120 338 1420 1111">Verksamheten behöver fortsätta med mer systematiskt arbete gällande symtomskattning och dokumentation/regis- trering av symtom. Detta tas upp på HSL möte och sjuksköterskemöte.</p> <p data-bbox="1120 1249 1417 1581">Fortsätt användning av Dö-bra kort i syfte att belysa de frågor som berör palliativa vården.</p> <p data-bbox="1120 1720 1404 1984">Reflektionsmöten är forum för ombuden för att diskutera existentiella frågor</p>

			samt prata om utvecklingsområden.
Anhörigstöd	Efterlevandesamtal	I samband med livets slut erbjöds 83,3 procent efterlevandesamtal, vilka har registrerats i palliativa registret. Där ser vi en klar förbättring gentemot förra året.	Verksamheten fortsätter arbetet med att erbjuda anhöriga samtal. Lokal rutin gällande palliativ vård uppdateras med förtydligande avseende efterlevnadssamtal.
Använda kvalitetsregister	Palliativa registret: Se över inloggningar i registret	Målet med registrering i palliativa registret är uppfyllt till stor del men fortfarande saknas det en del registreringar	Fortsatt arbete gällande registrering i palliativa registret, se till att alla har behörighet till registret.
Dokumentationsstöd vid palliativvård	Utveckla dokumentationen både i hälso- och	Alla nyanställda får genomgång med dokumentations-	Bitr. enhetschef gör stickkontroller i dokumentation och

	sjukvårdsjournal och den sociala dokumentationen	samordnare. Varje enhet kan följa sina resultat.	insatser anpassas på enhetsnivå.
Strategier för Delmål 3: Undvika/minska risk för undernäring	Åtgärd	Måluppfyllelse/resultat	Analys
Teamarbete	Strukturerad dokumentationsgranskning.	Delaktighet i teamarbetet har gett ökad förståelse för hur man kan arbeta med måltidsordningen och valet av livsmedel under hela dygnet för att på så sätt minska risken för undernäring hos de äldre.	Genom teamarbete kommer man fram till bättre och mer personcentrerade beslut/åtgärder för boende.

<p>Nutritionsrutin och mat -och måltidspolicy</p>	<p>Mat -och måltidshandbok framtagen av dietist. Måltidschecklista. Måltidsobservationer görs av måltidsobservatörer. Mätning av nattfasta två ggr/år. Utbildning av dietist. Kvalitetsregister- Senior Alert In- och utskrivningsvikt gällande korttids/växelvård för att följa viktutveckling och sätta in åtgärder.</p>	<p>Förbättrat resultat gällande minskning av nattfasta under 11 timmar. Ökat antal dietistkonsultationer. Medvetenhet gällande vikten av måltidsmiljö och faktorer som påverkar den. Regelbundna viktkontroller har lett till bättre nutritionsstatus samt minskad ofrivillig viktnedgång.</p>	<p>Fortsätt jobba vidare på enheterna för att minska nattfasta, ex bjuda på extra mellanmål, kvällsfika. Fortsätta arbeta med måltidsmiljö. Ta upp på gruppmöten och APT och reflektera över hur måltidsmiljön påverkar matlusten hos den äldre.</p>
---	--	--	--

	<p>Regelbundna viktkontroller var tredje månad samt vid behov kontroll vid förändrat status</p>		
<p>Utbildning</p>	<p>Utbildning av dietist. Webbutbildning</p>	<p>Personal får utbildning av dietist vb, samt inför nattfastemätning två gånger per år. På stadens hemsida finns det webbutbildning som personal har genomgått.</p>	<p>Fortsatt arbete med regelbundna utbildningar där man belyser olika indikatorer som påverkar mat- och måltidssituationer.</p>
<p>Strategier för Delmål 4: Vidareutveckla akademisk NOD</p>	<p>Åtgärd</p>	<p>Måluppfyllelse/resultat</p>	<p>Analys</p>

<p>AKA-avtal</p> <p>Samarbetar med högskolor/universitet</p> <p>Studentenhet- där används studentsalar och "peer-learning"</p>	<p>Forskningsprojekt</p> <p>Studentenkät</p>	<p>Utvärdering pågår.</p> <p>Mottagande av 47 högskolestudenter.</p>	<p>Kräver långsiktigt arbete och stöd från ledning.</p> <p>Arbetet med studenttät enhet fortsätter där studenter tar hand om boende under handledning.</p> <p>Fortsatt samarbete med högskolor.</p>
<p>Deltagande i nätverk både lokalt och nationellt samt Äldreförvaltningens Inspirationsdag för äldreomsorg.</p>	<p>Akademisk inspirationsdag 15 november med flera föreläsningar.</p>	<p>Inspirationsdagen: Personal tar med sig kunskap och delar med andra kollegor i olika forum bl.a. APT. Personal från flera enheter deltog i olika föreläsningar.</p>	<p>Att delta i nätverk ger inspiration och idéer.</p> <p>Samarbeta med ÄF och andra SDF ger utökat kontaktnät.</p>

Ökad kunskapsnivå/lärande organisation.	Metodrum	Arbetet med metodrummet påbörjats och pågår fortfarande.	Utveckla metodrummet vidare utifrån behovet.
---	----------	--	--

Avvikelser

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

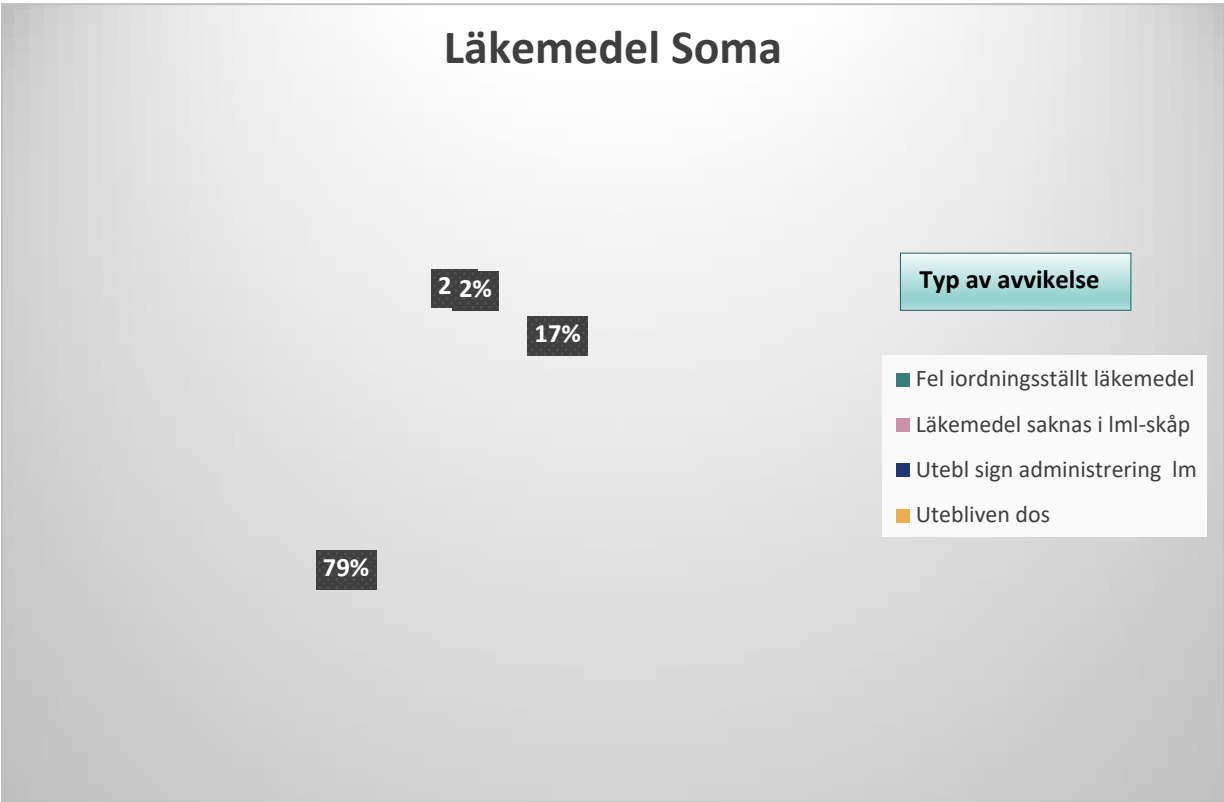
Under 2022 har Mälärbacken fortsatt med registrering av avvikelser vilket gynnar patientsäkerhetsarbetet. Det gör att händelser uppmärksammas, kan åtgärdas och förebyggas. Det visar också på transparens och öppenhet och strävan mot förbättring i verksamheten. Under 2022 har vi följt upp implementeringen av lokal läkemedelsrutin som syftade till att förhindra allvarliga avvikelser. Utvärdering av blanketterna har visat att det ännu inte finns någon tydlig koppling mellan det nya blankettsystemet och avvikelserna avseende minskat antal eller innehåll. Vissa användare uppfattar blanketterna som bakåtsträvande eftersom de skrivs för hand istället för att printas från journalsystemet Vodok. Det finns också risker med handskrivet ifyllda blanketter såsom svårsläslig personlig handstil samt risk att skriva fel. En del av användarna av samma system tycker det fungerar ganska bra och att det blivit tydligare och säkrare samt att man har lättare att följa upp vid eventuell avvikelse.

Nedanstående figurer visar utdrag från avvikelsemodul i Vodok, vilka beskriver vilken typ av avvikelse och vilka avvikelser som återkommer. Det är två områden som är

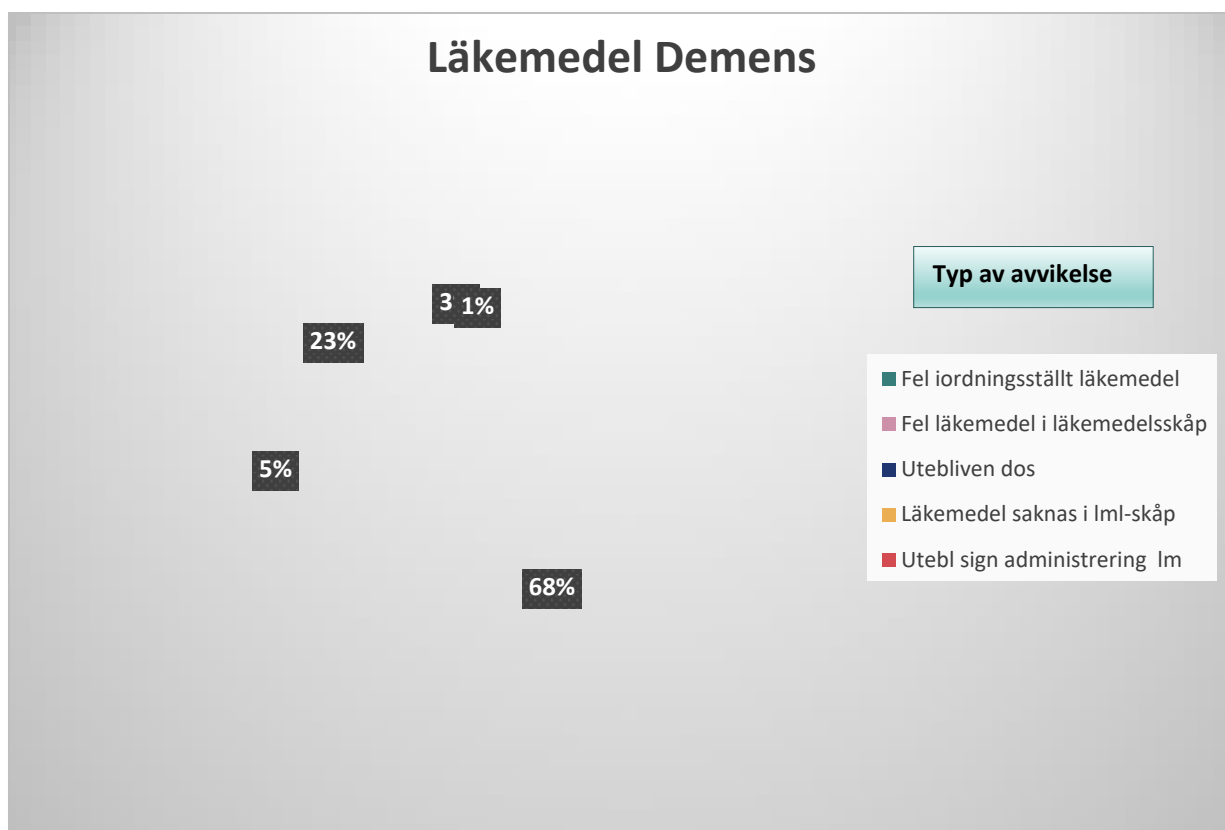
återkommande: Fall- och läkemedelsavvikelser. Det är också stor skillnad på antalet avvikelser som registrerats i verksamheterna.

Figur 4 och 5 visar att de mest förekommande läkemedelsavvikelserna vid de somatiska enheterna liksom vid demensenheterna är kopplade till utebliven dos samt till utebliven signering av administrering av läkemedel. Viktigt att framhålla är att varje händelse hanteras av respektive chef i samband med kvalitetsråd på enheten där avvikelserna rapporteras. Varje avvikelse utreds av biträdande enhetschef och åtgärden anpassas utifrån avvikelserns orsak och allvarlighetsgrad. Därefter tas avvikelserna och eventuella nya rutiner som införts för att förhindra liknande händelse upp på APT (arbetsplatsträff) för information. När utredning och åtgärder är klart skrivs även dessa in i avvikelsemodulen så att både MAS och MAR kan följa upp varje enskild avvikelse för eventuella ytterligare åtgärder. Vid allvarlig avvikelse kontaktas MAS/MAR per telefon för att delta i utredningen utan dröjsmål.

Figur 4. Typ av läkemedelsavvikelser som förekommit vid de somatiska enheterna



Figur 5. Typ av läkemedelsavvikelser som förekommit vid demensenheterna



Målsättningen att minska antalet totala läkemedelsavvikelser jämfört med 2021 är delvis uppfyllt. På de somatiska enheterna har det totala antalet läkemedelsavvikelser under 2021 varit 142 stycken och 2022 var motsvarande siffra 94. På demensenheterna har antalet läkemedelsavvikelse minskat från 192 (2021) till 184 i år.

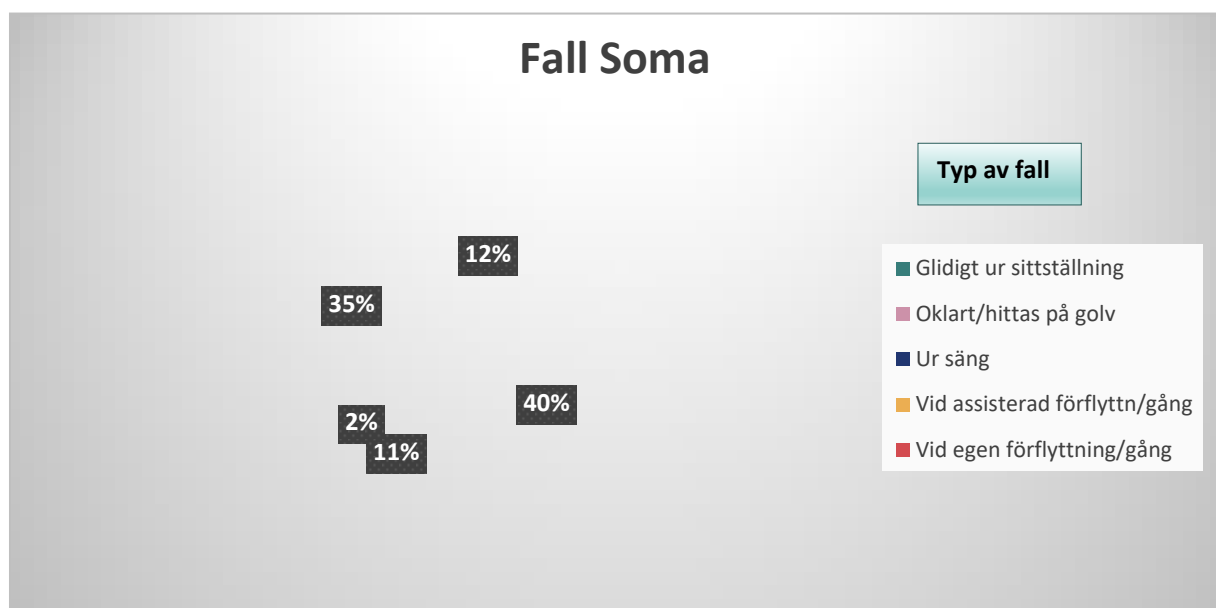
Läkemedelsavvikelserna är ett uppmärksammat område då några av dem har lett till fördjupad utredning om vårdskada eller risk för vårdskada av MAS.

Patienssäkerhetsbefrämjande åtgärder har tagits fram av MAS i samråd med enhetschef samt berörd personal. En av lärdomarna resulterade i ändrat nyckelsystem för samtliga enheter samt en ny lokal läkemedelsrutin med gemensamma rutiner med samma struktur på samtliga enheter. På enhetsnivå har åtgärder som planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet genomförts. Det har också funnit en tydlig rutin gällande egenkontroll av läkemedel, reflektionsstunder vid varje arbetspass samt god kommunikation mellan

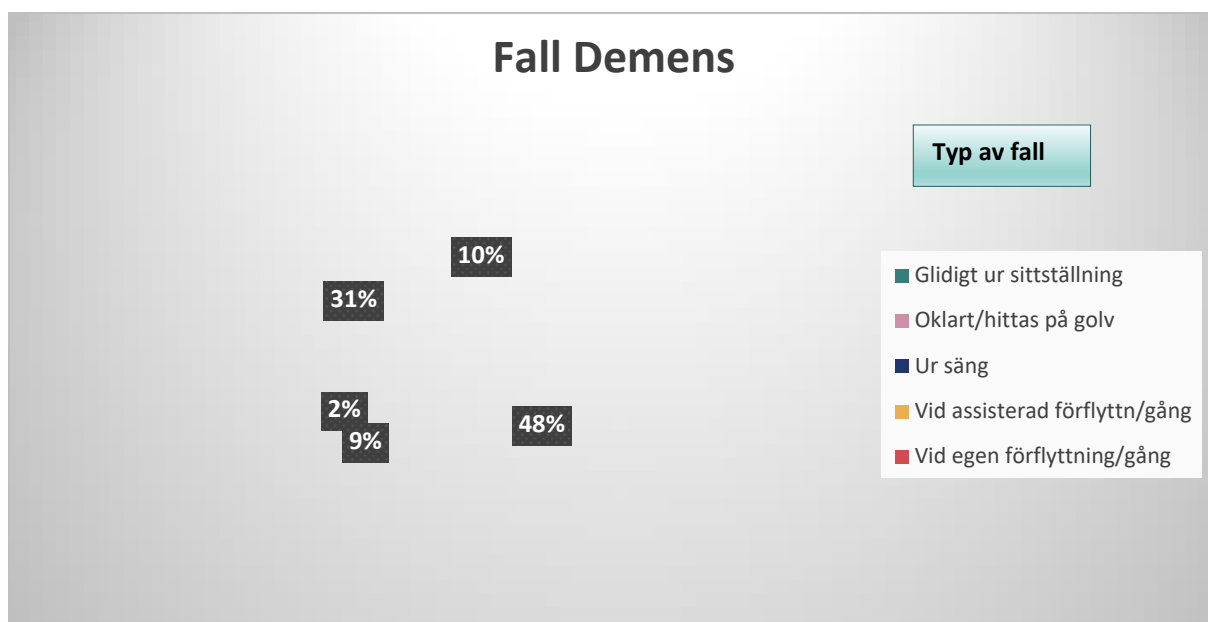
omvårdnadspersonal och med sjuksköterska. Dessutom översyn av delegering, förändring i nyckelhantering och krav på genomförd e-utbildning ”jobba säkert med läkemedel” för delegerad personal.

Fallhändelse är den absolut mest frekventa avvikelserna och omfattar personer som oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Det innebär att ett fall inte enbart är när någon snubblar eller halkar, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. I Figur 6 och 7 nedan redovisas de orsaker som förekommer och registrerats som fallavvikelse på enheterna under hela året. Den övervägande majoriteten är fall av oklar orsak och fall vid egen förflyttning.

Figur 6. Typ av fallhändelser som förekommit vid de somatiska enheterna



Figur 7. Typ av fallhändelser som förekommit vid demensenheterna



Vi ser även att antalet registrerade fallavvikelser sjunker, dock är detta ett problem som är svårt att undvika. Däremot ser vi att personal upptäcker fallolyckor snabbt, vilket vi anser är ett resultat av gott samarbete med fysioterapeut och arbetsterapeut, tydliga vårdplaner och uppföljningar. Vi fortsätter dock det förebyggande arbetet med stöd av paramedicinska professioner och Senior Alert. Vidare kommer vi att arbeta med kompetensfördelning på ett mer tydligt sätt och fördela kompetens inför varje arbetspass. Vi kommer även att ha ett utökat samarbete med Brommagården och Sörklippan gällande rehab resurser.

Alla fallhändelser rapporteras som avvikelser och hanteras i hälso- och sjukvårdsjournal, kvalitetsregister och i teamsamverkan med olika yrkesprofessioner. Vid kvalitetsråd på respektive enhet sammankallar biträdande enhetschef yrkesprofessionerna för att i teamsamverkan arbeta fram förebyggande åtgärder i syfte att händelsen inte upprepas. Vid avvikelshantering av fall tittar man ordinerade skyddsåtgärder och om de är uppföljda och relevanta. På kvalitetsråd följs det upp i ett tvärprofessionellt team. All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till hälso-och sjukvårdspersonal när de

inträffar eller upptäcks. Samma skyldighet gäller även att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande enligt Socialtjänstlagen, vilket framgår i separat rutin. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten. Baspersonal rapporterar muntligt och skriftligt på en avvikelseblankett och hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna och egna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i avsedd avvikelsemodul, som är kopplad till journalsystemet Vodok.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar till exempel kontakt med läkare eller fallförebyggande åtgärder.
- rapportera, analysera och registrera avvikelser samt journalföra och utvärdera
- tillsammans med verksamhetschef/biträdande enhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och
- informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

När händelsen uppmärksammas avgör den initiala bedömningen vilka åtgärder som vidtas omgående för patienten. Syftet med en analys och utredning är att så långt det är möjligt klarlägga händelseförloppet och de bakomliggande orsakerna till att händelsen inträffade för att förhindra att den inträffar igen.

Så snart en händelse inträffat ska legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal göra en initial bedömning om det finns misstanke om patienten drabbats av en vårdskada eller inte. Den initiala bedömningen kan också vara att patienten drabbats av en skada som

inte är en vårdskada. Utredningen avslutas med en slutlig bedömning och beslut om patienten drabbats av en skada, vårdskada eller misstanke om allvarlig vårdskada. Beslutet grundar sig på resultatet av den analys och riskbedömning som kommit fram i utredningen. Om utredningen visar att det inte går att förhindra att händelsen inträffar igen ska verksamheten vidta åtgärder för att minska risken för att patienten drabbas av skada eller vårdskada.

Vid misstanke om en allvarlig vårdskada eller redan skett vårdskada ska biträdande enhetschef och MAS/MAR snarast informeras om händelsen per telefon eller e-post. I de fall utredningen har överlämnats till MAS/MAR, bedömer och beslutar MAS/MAR om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller inte. Vid misstanke om allvarlig vårdskada ansvarar biträdande enhetschef för att MAS/MAR snarast får kännedom om händelsen. Biträdande enhetschef och MAS/MAR ska samverka vid utredning av händelser som kan leda till vårdskador eller allvarliga vårdskador.

Biträdande enhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserna i avvikelsemodulen genom att informeras av hälso- och sjukvårdspersonal om att avvikelse inträffat. Både biträdande enhetschef, MAR/MAS samt enhetschefer har tillgång till avvikelsemodulen. Biträdande enhetschef kallar till kvalitetsråd cirka 1 gång/månad, de yrkeskategorier som är berörda av händelsen kallas till mötet. Därefter sker återkoppling till berörd personal i arbetsteamet och vid arbetsplatsträff till samtlig personal. Vid risk för att händelsen kan upprepas på annan enhet tar biträdande enhetschef upp händelsen vid gemensamt ledningsmöte. En processkarta finns utarbetad för att beskriva och förtydliga ansvarsfördelningen.

Lokal rutin finns för lex Sarah i fall där avvikelser gäller Socialtjänstlagen. Avvikelser skrivs av vårdpersonal och lämnas till ansvarig biträdande chef på berörd enhet. Chef gör en analys av händelsen tillsammans med berörda på enheten och sätter in eventuella åtgärder. Om händelsen bedöms som allvarlig kontaktar biträdande chef verksamhetsansvarig chef som skickar ett underlag till kvalitetskontroller på stadsdelen som i sin tur gör en lex Sarah utredning. Om utredningen visar ett missförhållande eller risk för missförhållande skickas utredningen vidare till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO.

Beställarenheten mottar och diarieför både muntliga och skriftliga klagomål och synpunkter. De återförs direkt till verksamhetschef samt återkopplas i samband med verksamhetsgranskning. Under året har vi inte haft någon avvikelse som har lett till Lex Sara eller Lex Maria anmälan.

Klagomål och synpunkter

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

Genom månadsbrev som verksamhetsansvariga 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 administration 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, de sorteras utifrån olika områden som tillgänglighet, bemötande, kompetens, kontinuitet, information, handläggning, insatsens innehåll och annat. Enligt sammanfattning samt muntlig redogörelse av varje enhet har det varit endast positiva synpunkter under 2022, inga klagomål har rapporterats.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Nedanstående tabell visar hur vi framöver kommer att fortsätta arbetet för att öka riskmedvetenhet och beredskap i verksamheten, samt därigenom säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten.



Tabell 6. Beskrivning av områden för fortsatt utveckling av kvalitet och patientsäkerhet

Egenkontroll/Områden	Mål/Vad ska granskas	Analys/Resultat	Åtgärd
Läkemedelshantering	Inspektion och protokoll från apoteksgranskning Rapport från narkotikakontrollant	Följsamhet Avvikelser	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Delegering	Stickkontroll av rutiner, avvikelser, delegeringar	Följsamhet till nyckelrutin När, var, hur, vem?	Individnivå: personal

		Aktuella/icke aktuella	Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Medicintekniska produkter	Se dokumentation om besiktning och funktionskontroller	Utfört/ej utfört avvikelse	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Inflyttning av boende	Stickkontroll: Informationsbroschyrer utdelade Erbjuda att skriva en levnadsberättelse Anhörigombud har sökt upp anhörig och informerat,	Följsamhet Finns/finns ej Utförts/ej utförts Dagordning används/används ej	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter

	välkomstsamtal, team-möte, uppföljningssamtal		
Egenkontroll/Områden	Mål/Vad ska granskas	Analys/Resultat	Åtgärd
Livsmedelshantering	Stickkontroll: temperaturmätning av inkommande varor Rengöring kyl/frys samt temp, användning av skyddsutrustning	Följsamhet, avvikelser	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Dokumentation ParaSoL	Stickkontroll: enligt granskningsmall	Följsamhet avvikelser	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Dokumentation Vodok	Stickkontroll: enligt granskningsmall	Följsamhet avvikelser	Individnivå: personal

			<p>Strukturnivå: verksamhetens rutiner</p> <p>Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter</p>
Basala hygienrutiner	<p>Självskattningsprotokoll</p> <p>Observationsprotokoll av basala hygien- och klädrutin</p> <p>Självtest/e-utbildning</p>	<p>Följsamhet</p> <p>Avvikelser</p> <p>Utförd/ej utförd</p>	<p>Individnivå: personal</p> <p>Strukturnivå: verksamhetens rutiner</p> <p>Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter</p>
Reflektion	<p>Antal reflektioner</p> <p>Antal deltagare</p>	Följsamhet	<p>Individnivå: personal</p> <p>Strukturnivå: verksamhetens rutiner</p> <p>Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter</p>

Egenkontroll/Område n	Mål/Vad ska granskas	Analys/Resultat	Åtgärd
Mat- och måltider	Observation av måltidssituation Intervju/Enkät till boende	Antal som sitter i matsal, hur länge, äter upp/lämnar mat. Individuella önskemål utförda/ ej utförda	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Nyckelhantering	Stickkontroll: observation	Följsamhet Avvikelser	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Rutiner är aktuella	Pärmar/mappar Nätverksplatser	Stämmer/stämmer ej	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner

			Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Loggkontroller	Stickkontroll 1x månad.	Följsamhet Avvikelse Behörighet	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Vårdbehovsmätning/Säker-ställd bemanning	Korrekt bemanning utifrån verksamhetens behov.	Fast schema för samtlig personal. Användning av visstidsanställd vid sjukdom, semester, VAB. Samarbete mellan enheterna.	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Egenkontroll/Områden	Mål/Vad ska granskas	Analys/Resultat	Åtgärd

IT- avbrott och behörighet till dator	Säkerställa löpande dokumentation och informationsöverföring	Dokumentation på pappersmallar. Behörighet och inloggning till dokumentationssystemet. Lånekort/reservkort för timvikarier	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Utbrott av smitta	Tydlig lokal rutin för förebyggandet av smittspridning	Upprättade handlingsplaner avseende smittspridning. Lokal rutin fungerat väl. OAS och ansvarig läkare gett tydlig instruktion vid förekomst av och risk för smittsam sjukdom.	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner Organisationsnivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
Strömavbrott	Snabbt återställande vid strömavbrott	Har förekommit under året. Uppdaterad kontakt/telefonlista vid strömavbrott.	Individnivå: personal Strukturnivå: verksamhetens rutiner

			Organisationsn ivå: Lagar, riktlinjer föreskrifter
--	--	--	---

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsberättelsen och HSL-årshjul är underlag som skapar struktur och aktiviteter för att säkerställa ett systematiskt arbete avseende datainsamling, analys, utveckling, återkoppling och lärande i syfte att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården och förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Utifrån resultaten från 2022 års patientsäkerhetsberättelse, har fyra nya delmål för verksamheten identifierats vilka verksamheten kommer arbeta mot under 2023:

Delmål 1: Utbildning och kompetenshöjning för ökad patientsäkerhet

Delmål 2: Förbättrad följsamhet till rutiner gällande hantering och administrering av läkemedel i syfte att minska läkemedelsavvikelser, hindra fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

Delmål 3: Förbättrad följsamhet till åtgärder kopplad till hälsoplan utifrån riskbedömningar samt dokumentation i journal.

Delmål 4: Minska risken för ofrivillig viktminskning genom möjlighet till ökad delaktighet vid personcentrerad omvårdnad avseende aktivitet och måltidssituation.

I tabell 7 nedan finns en beskrivning av vad som har resulterat till nya delmål för 2023.

Tabell 7. Underlag för delmål och åtgärder under 2023

Målsättning 2022	Tillvägagångssätt	Åtgärd för vidare arbete 2023
BPSD-utbildning för personalen på demensenheterna. (BPSD= Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)	BPSD-utbildning har genomförts på vissa enheter under året, men vi behöver ha utbildning för att utbilda fler BPSD-administratörer.	Fortsatt arbete med utbildningar under 2023.
Tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser	SSK ansvarar för att preliminärt utreda och följa upp samtliga steg i avvikelsemodulen. På kvalitetsrådet går bit.ec igenom alla avvikelser och vid behov följer upp/startar utredning.	En tydlig plan finns för vem som ska göra vad. Uppföljning sker på kvalitetsråd månadsvis.
Minska antalet avvikelser gällande fall och läkemedel	Arbeta med fallförebyggande skyddsåtgärder, samt uppföljning av hälsoplaner och vid behov uppdatering. Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument har vi arbetat aktivt för att minska antalet tillfällen där boende inte får ordinerade läkemedel.	Fortsatt arbete med följsamhet i rutiner för säker läkemedelshantering. Uppdatera hälsoplaner och följa upp skyddsåtgärder. Uppföljning sker månadsvis på kvalitetsråd. Utveckla digitalt verktyg för signering av läkemedel. Målet är att sätta igång med digital signering av läkemedel under 2023.

Delaktighet och en aktiv, meningsfull vardag för alla boende	Individanpassade dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade.	Tydliga genomförandeplaner där individens önskemål framkommer.
Förbättra kost- och måltidssituationen för alla boende	Ett förbättrat resultat syns gällande nattfasta under 11 timmar jämfört med förra året samt från vår till hösten under 2022. Vi fortsätter fokusera på området kost, måltidssituationer och ökat inflytande från boende gällande måltider.	Fortsätta med strukturerade nattfastemätningar. Fortsätta med matrådet på de somatiska enheterna. Regelbundna måltidsobservationer av ansvariga ombud. Fortsätta arbeta med insatser som påverkar måltidssituationen t.ex. dukning, servering, bordsplacering mm.
Utveckling av metodrum	Metodrummet invigdes under slutet av 2022 i syfte att höja omvårdnadspersonalens kompetens inför delegeringar, samt träna i kontrollerad miljö i syfte att höja kompetensen.	Fortsätta utveckla metodrummet samt säkerställa att rummet systematiskt används för kompetenshöjande och tränings- syfte.
Silviacertifiering	Påbörja planering för uppdatering av Silviacertificeringen.	Utbilda Silviasystrar och Silviasjuksköterskor samt utbilda nya chefer och reflektionsledare