



# Patientsäkerhetsberättelse

Kampementets vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

190626 Petra Nilsson

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	10
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>11</b>
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll.....	13
Avvikelser.....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador.....	14
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>14</b>

---

## Sammanfattning

Kampementet är ett vård- och omsorgsboende med 96 vårdplatser för personer över 65 år som har en demenssjukdom eller somatisk sjukdom. 48 lägenheter är fördelade på tre våningar med inriktning somatisk sjukdom och 48 lägenheter är fördelade på tre våningar med inriktning demenssjukdomar. Enhetens mål har varit att bedriva vård och omsorg så att den uppfyller kraven gällande patientsäker vård.

Kampementets vård- och omsorgsboende drevs av Östermalms stadsdels förvaltning till och med 190610. A&O Temabo tog över verksamheten 190611.

Verksamheten har under perioden 190101-190610 arbetat med:

- Förbättra informationsöverföringen mellan alla professioner men specifikt mellan baspersonal.
- Förbättrat kvalitén på teammöten
- Ökat registreringar av avvikelser
- Förbättrat kvalitén på Kvalitetsråden där bl.a. avvikelser tagits upp
- Säkerställt hälso- och sjukvården, inför överlämnandet av verksamheten till A&O Temabo

Alla synpunkter och klagomål från boende och närstående har tagits på största allvar. Enhetschef och Bitr. Enhetschef har haft som målsättning att återkoppla inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet. Alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål har behandlats i Kvalitetsrådet till och med april 2019. Under våningsmöten som inträffade efter kvalitetsrådet, togs synpunkter/klagomål upp som berörde våningens boende samt specifika avvikelser som var av lärande karaktär eller för att undvika att avvikelserna inträffade igen.

Mellan 190101-190610 har inga händelse föranlett utredning om vårdskada eller risk för vårdskada.

## Inledning

Kampementets vård- och omsorgsboende drevs av Östermalms stadsdelsförvaltning till och med 190610. 190611 tog A&O Temabo över verksamheten. Vilket bl.a. innebar att vi arbetade med en övertagandeprocess under ca två månader, där vi bl.a. säkerställde hälso- och sjukvården för de boende på Kampementets vård- och omsorgsboende, i samband med överlämnandet av verksamheten till A&O Temabo. För att säkerställa hälso- och sjukvården arbetade vi utifrån Medicinsk ansvarig sjuksköterskas direktiv bl.a. med att skriva epikriser, säkerställa att nödvändig information fanns tillgänglig osv.

Vi säkerställde att de medicintekniska produkter som fanns på Kampementets vård- och omsorgsboende vid överlämnandet till A&O Temabo var funktionsdugliga och säkra för användning. De medicintekniska produkterna

---

blev bl.a. besiktigade av fackmän och ev. fel blev åtgärdade alternativt nya produkter köptes in t.ex. 16 liftmotorer, sex örontempår, sex stetoskop, en elektronisk blodtrycksmatch osv.

Vi arbetade utifrån Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter. Vi arbetade för att motsvara eller helst överträffade de boendes och anhörigas förväntningar, på den vård- och omsorg som de äldre fick.

Vi har varit öppna med eventuella misstag och försökt lära av de misstagen som uppkommit. Vi har uppmuntrat till att rapportera avvikelser och att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits med **nollvision**, d v s målet är noll vårdskador.

Utifrån att vi upptäckt brister angående informationsöverföringen under 2018 har vi arbetat med att förbättra den. Deltagarna i kvalitetsrådet tog fram en ny lokal rutin samt en agenda över vad som skulle tas upp mellan baspersonal vid överrapportering samt vad baspersonal skulle överrapportera till tjänstgörande sjuksköterska, rutinen och agendan godkändes av ansvarig Enhetschef och arbetet med att implementera den lokala rutinen och agendan för överrapportering påbörjades.

Utifrån att vi under 2018 hade få skrivna avvikelser både manuellt och i Vodok, arbetade vi med att öka antalet skrivna avvikelser under 2019. Vi kunde se att de skrivna avvikelserna ökade mellan januari till början av april men sedan minskade i antal fram till överlämnandet.

Vi har arbetat med att säkerställa att varje våning hade teammöten en gång i veckan samt kvalitetssäkrade dessa. Utifrån en muntlig utvärdering från involverade medarbetare så fungerade våra teammöten bra och gav en bättre samsyn än tidigare om vilken vård- och omsorg de äldre behövde samt vilken profession som skulle göra vad.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

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

#### **Verksamhetens övergripande kvalitetsmål var:**

Att arbeta med de områden som vi upptäckte fungerade mindre väl utifrån kartläggningen som utfördes av hälso- och sjukvården 2018.

#### **Verksamhetens övergripande strategi var:**

Att säkerställa att vi arbetade systematiskt och arbetade utifrån vårt lokala ledningssystem. Vårt lokala ledningssystem möjliggjorde för oss att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (SOSFS 2011:9). Vidare gav ledningssystemet en tydlig struktur för att arbeta systematiskt med säkerhet, värdegrund, bemötande, delaktighet, uppföljning och utvärdering. Det beskrev också hur medarbetare på alla nivåer skulle kunna vara delaktiga i säkerhetsarbetet.

---

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete byggt på tydliga rutiner och policys, mätbara mål i verksamhetsplan, regelbunden uppföljning genom att följa olika kvalitetsindikatorer. Därtill behövs ett väl fungerande samarbete mellan Enhetschef, Bitr. Enhetschef, samordnare, hälso- och sjukvårdspersonal samt baspersonal och en välfungerande mötesstruktur.

**Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019 var att:**

- Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL och SoL med resultatet noll vårdskador.
- Förbättra verksamheten på ett systematiskt sätt
- Att uppmärksamma och åtgärda undvikbara risker och brister i verksamheten
- Förbättra innehåll och kvalitén under våra avvikelseråd
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patientsäker vård genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete via bl.a. temamöten.
- Säkerställa hälso- och sjukvården vid överlämnandet till A&O Teamabo

## **Organisation och ansvar**

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

### **Verksamhetschef/Enhetschef**

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarade för att verksamheten tillgodosåg hög patientsäkerhet och god kvalitet, vilket bl.a. innebär att Enhetschef/verksamhetschefen hade det samlade ansvaret för verksamheten, ansvarade för att verksamheten arbetade utifrån gällande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, beträffande hälso- och sjukvård och socialtjänst. Hen skulle fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen och kostnadseffektivitet.

### **Bitr. Enhetschef**

Följde upp att vi arbetade utifrån lagar, föreskrifter och följde lokala rutiner, på våningsnivå. Informerar Enhetschef om vi inte arbetar utifrån dessa och/eller det finns risk för vårdskada eller missförhållanden.

### **Mas (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)/Mar (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)**

Mas och Mar hade i tillämplig omfattning ansvar för att patienter/boende i verksamheten, fick en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Enligt patientsäkerhetslagen ska Mas/Mar utreda händelser som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada samt fatta beslut om anmälan till IVO (Lex Maria).

Mas och Mar har en stödjande funktion i samband med upprättandet och utvärderingen av ledningssystem för kvalitetsarbete utifrån hälso- och sjukvård samt fortlöpande upprätthålla och utveckla, planera, styra,

---

kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Må arbetade fram instruktioner och lämnade över dessa till sjuksköterskor och Enhetschef, inför överlämnade och kontrollerade att dessa följdes.

### **Sjuksköterska**

Varje sjuksköterska som arbetade mellan 90-100% hade omvårdnadsansvar för 16 boende var. De som arbetade ca 50% hade omvårdnadsansvar för 8 boende. Den ansvarade för att omvårdnadsarbetet främjade hälsa, förebyggde ohälsa och utfördes inom ramen för fastställda rutiner samt i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskan ansvarade för planera, åtgärda och utvärdera hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå. Oftast i samarbete med den boende, närstående (om medgivande fanns) och övriga yrkesgrupper inom Kampementets vård- och omsorgsboende. Sjuksköterskans uppgift var att handleda baspersonalen i det praktiska omvårdnadsarbetet vid behov. Dokumentera sina bedömningar, planerade omvårdnadsåtgärder, utförda omvårdnadsåtgärder, sätta omvårdnads mål, samt utvärdera dessa, informera ansvarig läkare vid akuta och succesiva förändringar av den boendes status, utföra läkarens ordinationer samt vara behjälplig vid den årliga läkemedelsgenomgången.

### **Arbetsterapeut och Fysioterapeut/sjukgymnast**

De ansvarade för 96 boende och arbetade efter tydliga yrkesbeskrivningar, utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för leg. arbetsterapeut och leg. Fysioterapeut/sjukgymnast samt utifrån Patientsäkerhetslagen.

Dokumenterade sina bedömningar, planerade omvårdnadsåtgärder, utförda omvårdnadsåtgärder, omvårdnads mål samt utvärderingar av dessa.

### **Baspersonal (vårdbiträde/undersköterska)**

Baspersonal ansvarade för och utförde arbetsuppgifter som kommer av uppdragets art utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. De ansvarade för att tillämpa beslutade arbetsmetoder, följa fastställda rutiner och instruktioner, arbeta aktivt för att följa Stockholms Stads värderingar och nå enhetens uppställda mål. De rapporterade händelser/avvikelser och missförhållanden samt deltog i förbättringsarbetet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Informationsöverföring och tydliga avtal vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador i samband med utredning vid misstanke på vårdskada eller uppkommen vårdskada. Kampementet hade tydliga lokala rutiner vad gällde informationsöverföring vid:

- Ankomst från hemmet annan vårdinrättning (vid inflyttning)
- Vård eller behandling av annan vårdgivare
- Planerade besök hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus

---

Av rutinerna framgick tydligt vilka personer som skulle kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som skulle ges eller medfölja den boende.

### **Överenskommelse kommun och landsting**

Det fanns en skriftlig överenskommelse mellan kommun och landsting ”Samverkan vid in- och utskrivning i slutet och öppenvården”. Av överenskommelsen framgick tydligt vem som ansvarade för vad i frågor som t.ex. läkemedel, remisser, informationsöverföring, m.m.

### **Avtal läkarorganisation**

Landstinget har ett avtal med läkarorganisationen Capio Legevisitten, som tillhandahåller läkartjänster. Kampementet och Capio Legevisitten har en överenskommelse där det tydligt framgår vad boende/närstående kan förvänta sig för information, behandling och läkartillgänglighet samt rutiner och samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal på Kampementet och Capio Legevisitten

### **Avtal Vårdhygien**

Verksamheten hade avtal med Vårdhygien och personalen hade på detta sätt tillgång till utbildning i vårdhygien, hygienronder och tillgång till extern hjälp vid utbrott av eventuell smitta. Vårdhygien kunde också vara behjälplig med sak- och hygienfrågor om svårartade infektioner eller om stora utbrott av maginfluensa uppstod samt då boende med MRSA, ESBL Carba och/eller VRE vårdas.

### **Teammöten**

För att de boende inte skulle drabbas av vårdskador arbetade vi bl.a. i professions överskridande team, där teammötet var grunden. På varje våning träffades baspersonal och hälsosjukvårdspersonal en gång i veckan och gick ”djupare” igenom två-tre boende. Vid en ”djupare” genomgång gick de bl.a. igenom genomförandeplan/hälsoplan/vårdplan, de utförde registreringar i Senior alert (riskbedömningar angående trycksår, nutrition, fallrisk, munhälsa och kontinens/inkontinens), vid behov utfördes registreringar i Bpsd-registret (boende med utåtagerande beteende). Ingen boende/patient registrerades i registren mot sin vilja.

För att alla professioner skulle vara väl förberedda, beslutades gemensamt vilka boende/patienter som skulle gås igenom vid nästkommande teammöte. Utgångspunkten för vilka boende/patienter som skulle gås igenom vid nästa möte var:

- Ny boende
- Förändrat status
- Uppföljning av genomförandeplan (följdes upp minst var 6:e månad),
- Uppföljning av hälsoplan och vårdplan,
- Registreringar i Senior Alert (utfördes minst var 6:e månad),
- Vid behov Registreringar Bpsd-registret

### **Undvika vårdskada i samband med skyddsåtgärder**

För att säkerställa att inte någon boende/patient fick en vårdskada p.g.a. en skyddsåtgärd, gjordes alltid en riskbedömning av hälso- och sjukvårdspersonal

---

---

som dokumenterades i Vodok, i samband med en ordination av skyddsåtgärd. Ordinationen bröts omgående om den äldre/patienten visade tecken på att inte vilja ha skyddsåtgärden eller risk för skada ökade i och med att skyddsåtgärden användes.

### **Akuta förändringar hos boende**

Vid akuta förändringar hos den boende/patienten samt fall ansvarade alltid tjänstgörande baspersonal för att kontakta tjänstgörande sjuksköterska, för bedömning och eventuell ordination av åtgärder så att inte vårdskada uppstod.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

De boende på Kampementets vård- och Omsorgsboende led många gånger av kognitiv svikt, vilket innebar att de inte alltid kunde medverka i det egna patientsäkerhetsarbetet och då blev kontakten med anhöriga särskilt viktig, men alltid med den boendes samtycke.

Redan i välkomstsamtalet, där boende och ev. anhöriga (efter den äldres medgivande) medverkat, har det framgått om det funnits uppenbara vårdrisker kring den boende, exempelvis risk för fall, undernäring eller liknade, varvid åtgärder tagits fram för att förhindra eller förebygga risker. Detta har dokumenterats i såväl SoL- som HSL-journal.

Kampementets vård- och omsorgsboende hade fram till 190610 gemensamma möten med närstående och boende, dels via ett Förtroenderåd, där frivilliga närstående var inbjudna att närvara, för att föra en dialog kring den vård- och omsorg och utvecklingsarbete som skedde inom Kampementets vård- och omsorgsboende. Dels via två informationsmöten i samband med övertagandet av verksamheten till A& O Teamabo.

För att vi skulle säkra den individuella patientsäkerheten, skedde kontakten och samarbetet med de boende och dess anhöriga genom:

- Daglig, kontinuerlig kommunikation med de boende.
- Regelbunden kontakt med närstående som planeras efter den boendes behov och i möjligaste mån efter de närståendes önskemål.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelse**

Med avvikelse menas allt som avviker från fastställda rutiner, kvalitetspolicy och intentioner, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, Synpunkter/klagomål från boende/anhöriga, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närståendekontakter o.s.v.



---

Vi följde Stockholms stads riktlinje för utredning av vårdskador; rapportering av avvikelser, utredning av händelser och anmälan enligt Lex Maria. Där framgår det klart och tydligt när och hur en anmälan görs. Även ansvarsfrågan, vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig. Enhetschef/verksamhetschef påbörjar omedelbart en utredning vid misstanke om vårdskada eller risk för vårdskada utifrån inkommen avvikelse o.s.v. samt meddelar ansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vid allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador ska Mas/Mar snarast informeras. Verksamhetschef och Mas/Mar samverkar vid utredning av händelser som kan leda till vårdskador eller allvarliga vårdskador. Mas/Mar beslutar efter avslutad utredning om anmälan till IVO ska göras (Lex Maria).

Den boende/närstående informeras alltid vid en vårdskada eller risk för vårdskada

Från 190101 till 190610 har ingen utredning av vårdskada och risk för vårdskada genomförts.

De lokala rutinerna beträffande avvikelshantering (HSL, SoL, Synpunkter och klagomål m.m.) beskrev tydligt vad, hur och när en avvikelse skulle rapporteras. Den lokala rutinen togs fram under hösten 2018 tillsammans med Enhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal samt kvalitetsombud.

Vi hade en blankett där avvikelser skrevs manuellt av baspersonal. Hälso- och sjukvårdsavvikelser fördes alltid in i vår digitala avvikelsemodul, Vodok av tjänstgörande sjuksköterska.

Alla som arbetade inom Kampementet var skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som hade betydelse för patientsäkerheten till närmsta chef. Händelsen skulle rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt i enlighet med Kampementets lokala rutin. Alla avvikelser lämnades/skickades till tjänstgörande sjuksköterska som åtgärdade HSL-avvikelser direkt vid behov, med andra ord säkerställde att vårdskada inte uppstod, skrev in HSL-avvikelsen i Vodok och lämnade avvikelser vidare till Bitr. enhetschef/ Enhetschef för kännedom.

Hälso-och sjukvårdspersonal hade ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rörde hälso- och sjukvård som kom till deras kännedom, muntligt och/eller skriftligt.
- Att utförda bedömningar, åtgärder och ev. resultatet av dessa dokumenterades i boendes patientjournal (Vodok).
- Enhetschef/verksamhetschef kontaktades omgående om hälso- och sjukvårdsavvikelsen var av den karaktären att det förelåg risk för allvarlig skada eller allvarlig skada hade uppstått.
- Närvara på kallade kvalitetsråd och vara delaktig i förbättringsarbetet kring de patienter där hen hade ett omvårdnadsansvar.
- Vid behov samt vid utebliven/felaktig medicinering informera läkare.
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande medicintekniska produkter.

Under 2019 hade vi tre kvalitetsråd där Enhetschef/verksamhetschef, Bitr. enhetschef, sjuksköterska, rehab-personal och kvalitetsombud (en från varje våning) träffades. Ett kvalitetsråd där Enhetschef inte var närvarande. Under kvalitetsråden gick föregående månads avvikelser igenom, rutiner togs fram, alternativt reviderades. ”Lärande avvikelser” med vidtagna åtgärder valdes ut,

---

---

dessa gicks igenom på våningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelser. Har avvikelser/avvikelserna gällt enskilda boende, tas dessa upp i samband med teammöte och ev. vårdplanering utfördes.

Utöver riskanalys har vi även utfört händelseanalys, när:

- En händelse inträffat som skulle kunna ha gett mycket allvarliga följder
- Risken för upprepning av händelsen är mycket stor
- Händelsen bedöms leda till en anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sarah.

Analysen ska svara på frågorna:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Hur kan vi undvika att det händer igen?

Åtgärderna skulle rikta sig mot:

- De bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas
- Enhetschef/Verksamhetschef ansvarade för att fatta beslut angående vilka åtgärder som skall vidtas och när de skall vara genomförda samt utse person som var ansvarig för att åtgärderna genomförs
- Vid bedömning av vilka åtgärder som verksamheten borde arbeta med, upprättades en riskanalys enligt mall
- Uppföljning av åtgärderna skulle ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Kampementets vård- och omsorgsboende såg synpunkter och klagomål som positiva, utifrån att det är ett viktigt led i att säkra och utveckla verksamhet. Det var nödvändigt för ett förebyggande arbete, att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förts fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter gav verksamheten möjlighet till ständig förbättring.

Kampementet hade en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. Information om var boende och närstående skulle vända sig med sina synpunkter och klagomål fanns i våra hissar samt vid dörren in till varje våning. Vi hade som rutin att kontakt den som framfört sin synpunkt/klagomål inom 24 timmar vardagar och första vardagen efter en helg. Vid kontakt med den som lämnade synpunkten informerade ansvarig chef för vilka åtgärder som ev. var utförda samt vilka åtgärder som var planerade, vid vissa tillfällen när kontak togs med den som framfört klagomålet/synpunkten skapades en överenskommelse om vilka åtgärder som skulle vidtas och ev. bokning av datum för uppföljning.

Kontaktmannen ansvarade för att nödvändig information dokumenteras i Sol-dokumentationen beträffande synpunkten/klagomålet (uppdatering av

---

genomförandeplan skedde parallellt vid behov).  
Arbets terapeut/sjukgymnast/sjuksköterska ansvarade för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen, utifrån synpunkten/klagomålet.

## **Egenkontroll**

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

Mellan 190101.190610 har vi följt de infektioner som uppstått på Kampementets vård- och omsorgsboende en gång i månaden samt sammanställt resultatet vid verksamhetsövergången. Utifrån de inkomna uppgifterna kan vi konstatera att vi inte haft någon smittspridning eller att vi haft ovanligt många infektioner.

Under vecka 11 gjorde vi en sammanställning av indikatorer rörande hälso- och sjukvård, där vi kunde konstaterade att vi måste bli bättre på basal utredning avseende blåsdysfunktion samt individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Bli bättre på att inte använda begränsningsåtgärder/skyddsåtgärder i så hög utsträckning.

Utifrån mätning av nattfasta, kunde vi konstatera att vissa våningar inom Kampementets vård- och omsorgsboende har en nattfasta som är längre än 11 timmar. Utifrån det resultatet skapade vi en blankett för att registrera det senaste intaget av mat och dryck på kvällen/natten och tidigaste intaget av mat och dryck på morgonen.

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Mellan klockan 8:15-8:30 vardagar, har hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetschef, när hon varit på plats, haft ett kort möte för informationsöverföring och dagplanering, med syfte att säkerställa informationsöverföringen och se till att kontinuiteten av sjuksköterskor blev så hög som möjligt utifrån de förutsättningar som fanns.

En gång var 14:e dag hade vi ett hälso- och sjukvårdsmöte med tjänstgörande hälso- och sjukvårdspersonal och Enhetschef samt Bitr. Enhetschef. Under mötena gick vi bl.a. igenom lokala rutiner, skapade nya och reviderade vissa lokala rutiner som var inaktuella, vi gick igenom hur vi arbetade på Kampementet utifrån ett hälso- och sjukvårds perspektiv, tog upp allvarliga avvikelser som rörde hälso- och sjukvård, för att avvikelserna inte skulle inträffa igen.

Tiden innan överlämnandet prioriterades skrivande av epikriser för att säkerställa hälso- och sjukvården vid övertagandet.

---

## Risikanalys

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

En risikanalys är en systematisk bedömning som görs föra att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas samt för att ta fram konkreta åtgärder som minskar dessa risker. En risikanalys innebär att olika sannolikheter till att en negativ händelse inträffar identifieras.

Risikanalyser kan göras på verksamhetsnivå eller på organisatorisk nivå. Några exempel på tillfällen är:

- Vid återkommande rapporter om en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Då medarbetare upplever ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Inför organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Vid införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter
- Då en allvarligare händelse inträffat och händelseanalys görs, bör en riskbedömning av åtgärdsförslagen göras.

Processen som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Fram till 190610 har vi arbetat med risikanalys på individnivå och dokumenterat dessa, utifrån riskens storlek och sannolikheten och att risken skulle inträffa igen samt vilken allvarlighetsgrad risken hade, sedan ordinerades åtgärder som sedan följdes upp. Vi tog upp vilka risker som identifierats samt vilka åtgärder som vidtagits, för att minimera att en oönskad händelse skulle inträffa igen, under våra morgonmöten och/eller hälso- och sjukvårdsmöten.

Alla åtgärderna ska:

- Rikta sig mot de bakomliggande orsakerna
- Vara konkreta och realistiska
- Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan
- Kunna utvärderas

## Utredning av händelser – vårdskador

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

Informationsöverföring och en tydlig ansvarsfördelning om vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador och utreda oönskade händelser. Kampementet hade tydliga rutiner vad gällde informationsöverföring vid och utredning av händelser. Fram till 190610 har inga avvikelser föranlett utredningar av vårdskada och risk för vårdskada genomförts.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vi hade rutiner som skulle säkerställa informationsöverföringen vid

- Ankomst från hemmet (vid inflyttning)

- 
- Vård eller behandling av annan vårdgivare
  - Planerade besök hos annan vårdgivare
  - Akuttransport till sjukhus
  - Kontakt med läkarorganisationen Capiro Legevisitten

Ny lokal rutin beträffande informationsöverföring mellan de olika professionerna inom Kampementets vård- och omsorgsboende skrevs i slutet av 2018 samt en agenda för informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal. Dessa två dokument arbetade vi med att implementera under januari-mars 2019

Vårt mål med informationssäkerheten mellan 20190101-20190610 inom Kampementets vård- och omsorgsboende har varit att säkerställa så att inga vårdskador uppkommit pga. bristande informationsöverföring bl.a. genom att inför en ny lokal rutin samt agenda för informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal, förbättra den skriftliga informationen som sker via genomförandeplan och journalanteckningar och säkerställa den muntliga informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och tillhörande minnesanteckningar från dess överrapporteringstillfällen.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Egenkontroll**

Utifrån att A&O Temabo tog över verksamheten har vi inte utfört några större egenkontroller, förutom att registrera ej signerade läkemedel, följt upp kvalitetsindikatorer och följt inkomna avvikelser varje månad, via bl.a. kvalitetsrådet

### **Avvikelser**

Vi har haft 130 hälso- och sjukvårdsavvikelser mellan 190101-190610.

- 101 fall varav tre sårskador och tre frakturer
- 24 medicinavvikelser,
- 3 avvikelser som berör specifik omvårdnad
- 2 brister i vårdkedjan

Förutom 24 medicinavvikelser hade vi 89 missade signerade läkemedel, varav två våningar inte registrerat missade signeringar av läkemedel. Vilket gör att vi har ett mörkertal beträffande missade signeringar av läkemedel. Utifrån min analys kan jag se att de missade signeringarna av läkemedel minskade under 2019, jämfört med 2018.

Mellan 190101-190610 ökade inkomna avvikelser i jämförelse med 2018 men vi hade troligtvis ett antal avvikelser som inte registrerades. Utifrån min analys av inkomna avvikelser och samtal med medarbetare, kom jag fram till

---

att det fortfarande fanns medarbetare som inte kände sig bekväma med att skriva avvikelser av olika anledningar t.ex. bristande språkkunskaper, obehags känslor gentemot kollegor (de upplevde att de ”skvallrade” på dem) samt bristande förståelse av varför vi skulle skriva avvikelser.

## **Klagomål och synpunkter**

Mellan 190101-190610 har vi haft

- 8 Klagomål och synpunkter beträffande bemötande
- 3 Klagomål och synpunkter angående tvätt av boendes kläder
- 4 Klagomål om att läkaren inte tar kontakt med närstående vid önskemål
- 3 Klagomål och synpunkter angående städning av boendes lägenhet

När vi fått till oss ett klagomål har vi kontaktat den som kommit in med klagomålet inom 24 timmar, under vardagar och närmast vardag efter helgdag.

Vi har skyndsamt arbetat med att identifiera orsaken till klagomålen och sedan arbetat med att avlägsna orsaken till klagomålen samt vid behov haft kontinuerlig kontakt med den som inkommit med klagomålet.

## **Händelser och vårdskador**

Utifrån utförd analys av de händelser/avvikelser som kommit in under 2019, där det funnits en risk för vårdskada på boende, kan vi konstatera att kontinuitet både i sjuksköterskegruppen och bland baspersonal är avgörande för om vårdskada ska uppstå eller inte.

Att kunskap hos tjänstgörande sjuksköterska/baspersonal om lagar, riktlinjer, regler och lokala rutiner av viktigt för att vårdskada ska undvikas, är en kunskap vi tar med oss.

Säker informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal, mellan baspersonal samt mellan de olika professionerna är en grundläggande faktor för att undvika negativa händelser som kan mynna ut i en eller flera vårdskador. Att rutinen följs beträffande informationsöverföringen mellan läkarorganisationen och Kampementet har också stor betydelse för att vårdskador inte ska uppstå, utifrån ovannämnda analys. Likaså är det gemensamma teamarbetet mellan de olika professionerna med teammötet som grund och dess kvalitet, en viktig länk för att undvika vårdskador.

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

---

Utifrån att Östermalms stadsdelsförvaltning inte driver Kampementets vård- och omsorgsboende längre, finns inte några mål eller strategier inför 2020.