

Patientsäkerhetsberättelse för
Kista vård och omsorgsboende
Kista Servicehus
Akalla gruppboende
2022





Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
<i>Övergripande mål och strategier</i>	6
<i>Organisation och ansvar</i>	6
<i>Informationssäkerhet</i>	8
<i>Strålskydd</i>	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
<i>Synpunkter/klagomålshantering</i>	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och process	13
<i>Riskhantering</i>	13
<i>Avvikelse</i>	14
<i>Klagomål och synpunkter</i>	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	16

SAMMANFATTNING

- Det var under 2022 fortsatt smittspridning av Covid 19 i samhället, vilket gjorde att verksamheterna fick fortsätta att prioritera vårdhygieniskt arbete framför att implementera nya arbetssätt.
- Verksamheterna hade stort fokus på arbetet med att hantera och förhindra smittspridning.
- Under 2022 har arbetet fortsatt med bl.a. att utveckla dokumentationen i patientjournalerna utifrån dokumentationsmodellen ICF och utifrån vad som framkommit av kontroller i befintlig dokumentation.
- Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll, händelserapportering/avvikelse, dokumentationsgranskning, inspektion bl.a. från livsmedelsverket/miljöförvaltning.
- Tillsyn av medicinsk vård och behandling, som ingick i IVO granskning av särskilda boenden för äldre.
- Läkemedelskontroll, genomförd av Apoteket AB.
- Kvalitetskontroll:
 - Periodisk kontroll av lyftselar utförd maj 2022
 - Dusch pallar februari 2022
 - Rullstolar februari 2022
 - Mobila hygienstolar mars 2022
- Brister i följsamhet av lokala rutiner har noterats och åtgärdats gällande basala hygienrutiner, handlingsplaner är skrivna och upplysta.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna teammöten som leds av sjuksköterska.
- Ökad brukartrygghet samt nöjdhet enligt egna brukarundersökningar 2022.
- Fortsatt användning/ utvecklings arbete av Palliativa registret
- Systematiskt utvecklingsarbete av kvalitetsregister Senior Alert.
- Fortsatt utvecklingsarbete för införande av ett BPSD baserat sätt att arbeta på
- Swe Dem register för ett fortsatt arbete att utveckla demensvård
- Under året har avvikelser skrivits och sammanställningar genomförts efter analys om bakomliggande orsaker och vidtagna/planerade åtgärder enligt verksamhetens rutin för

systematiskt kvalitetsarbete. Enhetschef/biträdande enhetschef har samtalat med berörda om avvikelser. Verksamheten har i sin kompetensutveckling för att minimera antalet avvikelser, planerat ett flertal tillfällen för utbildningar i läkemedelshantering samt regelbunden genomgång av arbetsätt och rutiner.

- Synpunkter, klagomål och avvikelshanteringen är viktiga punkter som tas upp, utreds och åtgärdas i ett aktivt forum på kvalitetsråden.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och strategier

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus och socialpsykiatri övergripande kvalitetsmål:

Säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt SOL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter.

Det ska motsvara, helst överträffa de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

För patientsäkerhetsarbetet gäller **Nollvisionen**, d v s noll vårdskador.

Kista vård och-omsorgsboende, Servicehus och socialpsykiatri övergripande strategi:

Ett uthålligt, systematiskt kvalitetsarbete, med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör; i varje led, i varje situation, i varje relation.

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus och socialpsykiatri övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

Minska vårdrelaterade skador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka” risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. uppnås genom att ha tydliga rutiner och policys.

Organisation och ansvar

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

Kista vård- och omsorgsboende har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vård skador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har bidragit till eller kunde ha föranlett vård skada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Kommunens MAS och MAR

Ansvar enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 24* vilket bl.a. innebär att MAS utreder alla vårdskadehändelser (Lex Maria). MAS ansvarar

också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

MAS och MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten.

Enhetschef/ bitr. enhetschef

har ansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29a bl.a. för att det finns tydliga rutiner och policys, att uppföljningar genomförs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Enhetschef/ bitr. enhetschef ansvarar för att det finns mätbara HSL-mål och att målen nås.

Sjuksköterskor

För att öka patientsäkerhet har det 2022 anställts flera patientansvariga sjuksköterskor (PAS). Befattningsbeskrivning finns. PAS ansvar regleras i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

[På vård och omsorgsboende](#) har en PAS på varje enhet ansvar för 8-13 patienter.

[Socialpsykiatrins gruppboende](#) har en sjuksköterska som ansvarar för 12-13 patienter.

[På Servicehuset](#) har en PAS ansvar för ca 15-22 boende.

Arbets terapeut och Fysioterapeut

Ansvarar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för fysioterapeut och arbets terapeut och har ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

För all hälso- och sjukvårdspersonal gäller:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa, i den mån det är görligt
- Lindra lidande
- Arbeta för att hindra smittspridning gällande covid-19 och andra smittor

Verksamheten har kontinuerligt kvalitetsråd, uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Regelbundna utvärderingar av vårt arbete sker med externa samarbetspartner så som läkarorganisation Capiro, mobila sjuksköterskor Klara T, Folk tandvård, medicinsk fotvård Fot och Hälsa, MAS/MAR, Smittskydd, Vårdhygien, äldreförvaltningen

HSL dokumenteras i dokumentationssystemet Vodok, som är ett gammalt och enligt många, ineffektivt dokumentationssystem. Systemet kommer att bytas ut.

Verksamheten får stöd i dokumentation av en dokumentations samordnare, som gör regelbundna uppföljningar och även återkopplingar till ledning.

Enheterna arbetar aktivt med läkemedelsdelegeringar, att de ska vara aktuella och att kraven för omvårdnads personal efterföljs.

Årligen genomgår all personal utbildning i läkemedelshantering

Verksamheten har flera medicintekniska produkter, såsom syrgaskoncentrator vilken är till stor hjälp för att snabbt kunna ställa andningsrelaterade diagnoser. Det finns också en bladderscan som hindrar onödiga urintappningar, vilket kan leda till infektioner.

Det har köpts in en PU sensor som scannar patienter med förhöjd trycksårs risk. Dessa personer kan därmed identifieras och förebyggande insatser för trycksår kan sättas in vilket förhindrar lidande för den äldre.

Livsmedelsverket har genomfört en granskning.

Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts även egen brukarundersökning är gjord.

Synpunkter från närstående har framförts på olika sätt till cheferna och följs då upp så fort som möjligt. Synpunktslämnaren får alltid återkoppling via mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg denne önskat.

Utvärdering och utveckling av verksamheten och dess arbetsmetoder är ett ständigt pågående arbete. Att arbeta nära omvårdnadspersonalen samt leda personalstyrkan på enheterna är ett stort fokus hos PAS.

Ledningen anser att personal med högst medicinsk utbildning i det dagliga arbetet ska finnas nära patienterna, handleda och lära omvårdnadspersonal och på så sätt skapa en hög patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Risikanalyser som har gjorts är kring informationsöverföring mellan dag/kväll och natt. Rutiner har förnyats och rapportlistor har tagits fram för en ökad säkerhet.

Vid loggkontrollen ska "Sekretess" kontrolleras (att endast behöriga användare kommer åt informationen) samt "Spårbarhet" (att det syns vem som gjort anteckningen).

Hälso- och sjukvårdspersonal har fått skriftlig information om kontroll och uppföljning av loggen samt undertecknat en bekräftelse på att han/hon tagit del av informationen. Information ges på HSL-möte under januari månad.

- Loggrapport dras ut från Gem i Vodok och jämförs mot tjänstgöringslista samt Logg över NPÖ
- Resultatet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen
- C:a 5-8 journaler granskas varje månad på vård- och omsorgsboendet
- Urval görs slumpmässigt. Varje granskad journal markeras på avsedd lista så att inte samma journal kontrolleras mer än 1 g/år
- Under april samt oktober månad granskas även HSL-personalen
- Granskningen dokumenteras och analyseras i Loggrapport

Parametrar som granskas är:

- en viss patients uppgifter
- som en viss anställd har utfört
- som skett många gånger avseende en viss patient
- på avvikande tider på dygnet

Under december månad skickas årets loggkontroller till MAS

HSL journalföring har granskats två gånger under året av biträdande enhetschef/HSL-ansvarig chef

Enligt egenkontrolls mall visar det sig c:a 91,5% (83 % år 2021) insatser är redovisade. Gällande Servicehus: c:a 80%

Det granskades slumpmässigt 10 st HSL – journaler, av 6 olika ordinarie sjuksköterskor där sjuksköterska inte har eget omvårdnadsansvar.

Resultatet av journalgranskning, visar på att förbättring kan göras (2 journaler med 83-87%) kan bero på att PAS inte har prioriterat vikt av dokumentation eller behöver stöd i hanteringen.

Åtgärderna som genomfördes:

- Togs upp individuellt med respektive PAS samt gemensamt på ssk-möte.
 - PAS går igenom egen dokumentation/journaler och åtgärder brister i dokumentationen.
 - PAS rapporterar till ansvarig chef för HSL när bristerna i dokumentationen är åtgärdad.
 - Dokumentationen är stående punkt på ssk-möte.
-

- Regelbundna möten för återkoppling/utbildning med dokumentationsstödjare.
-

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Hänvisas till:

[vagledning-med-bakgrund-och-motiv-till-ssmfs-20185-stralsakerhetsmyndighetens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-medicinska-exponeringar.pdf](#)

En god säkerhetskultur

Samverkan sker med läkarorganisation Capio. Uppföljning av arbetssätt, gemensamma rutiner och avvikelser, samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.

Samverkan med Folktandvården för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med MAS/ MAR samt flertalet uppföljningar från äldreförvaltning.

Informationsöverföring säkerställs genom samverkan mellan olika yrkesgrupper genom team möten, avdelningsmöten och ledningsgruppsmöten.

Samarbete med dietist och logoped.

Överenskommelse finns med Klara T. Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska natttid (21.00 - 07.00 måndag-söndag)



Adekvat kunskap och kompetens

Alla medarbetare uppmuntras att genomgå utbildningar, både interna och externa, då en välutbildad personal ger en ökad patientsäkerhet.



Utbildningar som genomförts under året är bl.a. basala hygienrutiner, lågaffektivt bemötande vid demenssjukdom, Dö-bra projekt, palliativa ombud, tidigt palliativt förhållningssätt inom äldreomsorgen – hur gör man i praktiken?, sömn inom äldreomsorg, läkemedelsförråds hantering, sårutbildning, webbutbildning i Yrkessvenska speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg samt interna utbildningar för att säkerställa att alla medarbetare jobbar säkert med läkemedel.

Värderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete. All personal samlas i fysiska möten där vikten av värderingsarbetet kan lyftas. Cheferna finns till hands nära sina medarbetare, stöttar, ger snabb respons, sällar i informationsflöde och avsätter tid för utvecklingsarbete.

Patienten som medskapare

Synpunkter/klagomålshantering

Synpunkter och inkomna klagomål ser verksamheten som ett viktigt led i att säkra och utveckla en verksamhet av hög kvalitet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.



Synpunkter från våra patienter och anhöriga är en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan lämnas både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling. Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledning för avdelning eller stadsdelsförvaltning.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat 2022 (2021)	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2022	Föreläsning av sjuksköterska/hygienjuksköterska /MAS	Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner 2ggr/år	Verksamheten arbetar på ett bra sätt för god kunskap hos personalen
Läkemedelsavvikelse		Lokala rutiner ska följas upp. Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan	VoB 22 (38) Servicehuset: 4 (6) Socialpsykiatri:6(0)	En bättre uppföljning av sjuksköterskorna med personalen, snabbare återkoppling
Trycksår (uppkommit i egen verksamhet)		Undervisning av ssk	VoB 13(9) Servicehuset: 2 (5) Socialpsykiatri:0	Uppdatera kunskaper hos personalen
Fall		Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.	VoB Fall totalt – 48 (76) Fall som lett till höftfraktur – 0 (5) Fall som lett till annan fraktur – 2(4) Servicehuset: 57 (141) Socialpsykiatri:0	All personal har inte gå utbildning i förflyttningsteknik. Det kommer att ske under 2023. Utveckla arbetet med förebyggande riskanalyser
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Planerade kontroller är gjorda 2ggr/år	Goda rutiner finns

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 §

Under år 2022 har vi inga händelser som lett till lex Maria.



Bakgrund och syfte

Trots förebyggande arbete sker ibland händelser som leder till skador eller riskerar att leda till skador. Det kan vara fel eller brister i mänskligt handlande, teknik, organisation, samverkan, medicinsk behandling eller andra insatser i vården som leder till detta. De kan vara av varierande grad och art. De som är av den allvarliga graden kan betrakta som **Lex Maria** händelser och är anmälningsskyldiga till Inspektion för vård och omsorg (**IVO**).

Syftet med bestämmelserna om rapportering av händelser och Lex Mariaanmälan är att kunskaper om risker och händelser i hälso- och sjukvården ska öka så att händelser kan minimeras, framförallt genom förebyggande åtgärder.

Ansvar

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för brukarens säkerhet till sin närmaste chef, vilken i sin tur är skyldig att rapportera till enhetschef samt stadsdels MAS som har anmälningsskyldighet.

Genomförande

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av enhetschef.

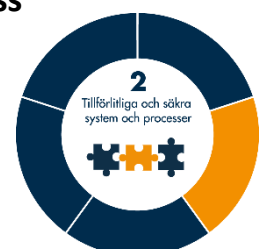
Med allvarlig skada eller sjukdom menas att det som inträffat medfört eller kunde ha medfört att brukaren avlidit, fått livshotande tillstånd, svår kroppsskada, sjukdom eller betydande funktionsnedsättning. Liknande händelser som återkommit och som var för sig inte betraktas som allvarligt kan tillsammans bedömas som allvarligt.

Tillförlitliga och säkra system och process

Säker vård här och nu

Riskhantering

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



En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

Väsentlighet- och riskanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs. Den process som analysen gäller beskrivs genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken. En internkontrollplan upprättas på enhetsnivå. Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Under året har det fortsatta arbetet med att förhindra smittspridning på grund av covid-19 haft högsta prioritet.



Rutiner och arbetssätt har hela tiden anpassats till nya eller ändrade rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och region Stockholm.

Information om vikten att följa hygienrutiner har ständigt betonats för personalen liksom att i övrigt följa de rekommendationer som lämnats av myndigheterna. Även de boende har fått information om hur de ska skydda sig och hur de kan undvika att föra smittan vidare.

Stor vikt har lagts vid att godkänd skyddsutrustning ska finnas tillgänglig för personalen.

Avvikelser

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



Med avvikelse menar vi allt som avviker från våra rutiner, kvalitetspolicy och intentioner samt skada på person, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från brukare, avvikelser i ämnesområden, felmedelshantering 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, närstående kontakter o.s.v.

En lokal rutin angående Lex Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vård skada eller risk för vård skada är tydlig.

Anmälan till IVO ska göras av den (MAS/MAR) som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten på blanketten, som finns på IVOs webbplats www.ivo.se. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2022 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Maria-anmälan.

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till enhetschef/bitr. enhetschef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av enhetschef/bitr. enhetschef, sjuksköterska, rehab-personal och kvalitetsombud (en person från varje avdelning). Varje enskild avvikelse nämns på kvalitetsrådet.

När en händelse har rapporterats som innebär en att en allvarlig händelse har inträffat eller kunde ha inträffat ska en analys göras för att identifiera orsaken till avvikelsen och redovisa hur man ska arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen.

Förutom rutinerna i avvikelshantering där både risk- och händelseanalys ingår finns det andra rapporterings möjligheter. Vi har rutiner kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På våra arbetsplatsträffar tar vi alltid upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen. Årligen skickas en medarbetarenkät ut till alla anställda som en del i att undersöka och åtgärda eventuella brister i arbetsmiljön. Enhetschefen/biträdande enhetschef sammanställer avvikelserna och tar upp dem på kvalitetsrådet en gång per månad.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det är ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom

olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.

Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt



klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att:

-Minska antalet fall på enheterna jämfört med 2022.

-Minska antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2022.

-Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.

-Höja kvaliteten på HSL-dokumentationen.

-Systematiskt arbete med kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa register.

HSL-personal har bärbara datorer för att höja kvalitén och säkerheten samt effektivisera omvårdnaden. Detta då dokumentation är tillgänglig och sker direkt på plats, inte på en expedition.