

# Bilaga O2

Patientsäkerhetsberättelse  
egen regi 2019

## Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse MAS och MAR.....	
Patientsäkerhetsberättelse Hornstulls servicehus .....	
Patientsäkerhetsberättelse Skånegatans dagverksamhet.....	
Patientsäkerhetsberättelse Vård- och omsorgsboendenheten.....	
Patientsäkerhetsberättelse Bergsund .....	

**Patientsäkerhetsberättelse för  
vårdgivare,  
Södermalms stadsdelsförvaltning,  
äldreomsorg**

**År 2019**

Ansvarig för innehållet

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) och  
Medicinskt ansvarig för rehabiliterings (MAR)**

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Inledning .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	6
Klagomål och synpunkter .....	6
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	9
Utredning av händelser - vårdskador .....	9
Informationssäkerhet .....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>10</b>
Egenkontroll.....	10
Avvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter .....	14
Händelser och vårdskador .....	15
Riskanalys .....	15
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>15</b>

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Södermalms stadsdelsförvaltnings enheter i egenregi. Vår bedömning är att verksamheterna har förutsättningar att bedriva god och säker vård. Till grund för bedömningen ligger kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård, registrerade avvikelser, punktprevalensmätningar, infektionsregistrering, resultat från palliativregistret och senior alert, samt verksamheternas egenkontroller av dokumentation.

En utveckling från föregående år är att verksamheterna aktivt arbetat med det teambaserade arbetssättet, validerade smärtskattningar och dokumentationen av skyddsåtgärder vilket har gett ett positivt resultat.

Gemensamma utvecklingsområden är fortsatt arbete med det strukturerade patientsäkerhetsarbetet som innefattar att systematiskt hantera och använda resultat av inträffade avvikelser och utredningar av vårdskada eller risk för vårdskada i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete tillsammans med resultat och analys av egenkontroller.

Fokusområden inför 2020 kommer att vara utbildning i psykisk hälsa och införande av digitala delegeringstester.

## STRUKTUR

### Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Södermalms stadsdelsförvaltnings enheter i egenregi. Verksamheterna är organiserade i tre utförarverksamheter: Södermalms hemtjänstenhet där Hornstulls Servicehus ingår. Södermalms vård- och omsorgsboendeenhet där verksamheterna Katarinagårdens-, Kulltorps-, Nytorpgårdens och Magdalenagårdens vård- och omsorgsboenden ingår. Magdalenagården övertogs i egenregi i november och ingår inte i underlaget för patientsäkerhetsberättelsen. Bergsunds vård- och omsorgsboende har lämnats över till entreprenad och ingår heller inte i underlaget. Utöver dessa platser har Södermalm hälso- och sjukvårdsansvar på Skånegatans dagverksamhet den tid på dygnet verksamheten har gäster.

### Övergripande mål och strategier

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre på Södermalm

### Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
  - genomföra strukturerad uppföljning i dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal,
  - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
  - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser,
  - genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
  - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
  - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten och
  - följa registreringar i nationella kvalitetsregister.
2. Följa upp hur den palliativa vården livets slutskede utvecklas samt stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar och utbildningsinsatser. Erbjud personal stöd och utbildning i validerad smärtskattning av palliativa patienter.
3. Följa upp utveckling av teamarbete i verksamheter.
4. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.

5. Erbjud sjuksköterskor utbildning i ROAG och munhälsa vid två omgångar under året.
6. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp.
7. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.

### **Organisation och ansvar**

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår bedömning och beslut om anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) vid risk för allvarlig vårdskada och allvarlig vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer, regler och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Stadsdelsförvaltningen har avtal med stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet som Vårdhygien, Apoteket AB och Palliativt kunskapscentrum (PKC) samt Patientnämnden.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och landsting. 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,
- Samverkan nutritionsbehandling,

- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter

Under året har samverkan skett med:

- Läkareorganisationer för de särskilda boendena. MAS har deltagit vid samverkansmöten under året.
- Apoteket AB har genomfört apoteksinspektioner i samtliga verksamheter
- Vårdhygien, genom deltagande vid informationsmöten.
- Tandvårdsenheten deltagande vid samverkansmöten har skett under året.
- Entreprenörernas MAS, samverkansmöten har genomförts vid två tillfällen under året.
- Deltagande vid två möten under året med Patientnämnden.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående har möjlighet att kontakta MAS och MAR för rådgivning om hälso- och sjukvårdsfrågor.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Hälso- och sjukvårdspersonal i samtliga verksamheter rapporterar och registrerar inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt fallolyckor i Vodok 2.0 avvikelssystem.

Utredning av händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada hanteras i respektive verksamhet. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas MAS och MAR för utökad utredning och ställningstagande för eventuell anmälan enligt lex Maria.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården och inkommer till MAS och MAR förmedlas till respektive verksamhetschef.

Sammanställning och analys sker i verksamheterna. MAS och MAR är delaktiga som rådgivande i specifika frågor.



### Egenkontroll

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

Förutom standardiserad uppföljning har statistik och indikatorer för hälso- och sjukvården inhämtats från samtliga verksamheter.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård	1 gång per år	Uppföljning av åtgärdsplaner från föregående år
Dokumentation	2 gånger per år	Verksamheternas egenkontroll
Loggkontroller	1 gång per år	Verksamheternas loggar i Vodok 2.0
	1 gång per månad	Stickprovskontroll NPÖ
Avvikelser	Minst 4 gånger per år	Avvikelsesystem Vodok 2.0
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll extern granskning
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Riskbedömning/screening fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0 Senior Alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Var tredje månad	Registreringsblankett
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativregistret

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

### **Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård**

Uppföljning avseende verksamheters förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts i alla egenregiverksamheter.

Åtgärdsplaner från föregående uppföljning, patientsäkerhetsberättelser och egenkontroller har legat till grund för dialogen med verksamheterna. Vid dialogen medverkade chef och representanter för både de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i verksamheterna.

### **Dokumentation**

Under 2019 har verksamheternas egenkontroll och analys avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation begärts in. Stadsdelen har en dokumentationsstödjare för verksamheterna som samverkar med stadsdelens MAS och MAR i frågor som rör dokumentation.

### **Avvikelsehantering**

Rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser har bevakats av MAS och MAR i syfte att se trender över avvikande händelser i verksamheten.

### **Läkemedel**

MAS har samordnat extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, deltagit vid fyra verksamheter och har tagit del av protokoll från samtliga verksamheter. MAS har sedan följt upp Apotekets åtgärdsplaner för respektive verksamhet i samband med uppföljningsmöten.

### **Hälso- och sjukvårdsindikatorer**

Indikatorer för hälso- och sjukvården har begärts från samtliga verksamheter vid två punktprevalensmätningar (PPM) under året. Dessa har sammanställts och analyserats av MAS och MAR.

### **Statistik över genomförda riskbedömningar**

Statistik över genomförandegrad av riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens har inhämtats, sammanställts och analyserats av MAS och MAR. Verksamheternas registreringsgrad i det nationella kvalitetsregistret Senior alert har följts upp.

### **Vård i livets slut**

Nätverksträffar för stadsdelens palliativa ombud har anordnats av MAS i syfte att stödja utvecklingen av den palliativa vården. Resultat från Palliativregistret har sammanställts och analyserats av MAS.

### **Strategiska möten internt och externt**

Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten i verksamheter har skett efter behov för att delge information och föra dialog kring aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor.

MAS och MAR i innerstadens stadsdelar har genomfört regelbundna arbetsmöten där gemensamma frågor och strategier hanterats. Ett stort fokusområde under 2019 har varit att revidera och utveckla underlaget till uppföljningsmetoden QUSTA, som kommer att användas 2020.

Under året har fem tillfällen för samverkan med stadens samtliga MAS och MAR och Äldreförvaltningens hälso- och sjukvårdsstrateg genomförts för att utbyta information och tagit fram stadsgemensamma riktlinjer för hälso- och sjukvården.

MAS har medverkat till att ta fram webb-utbildning om tandvårdsstödsintyg med Tandvårdsenheten.

MAS har medverkat i referensgrupp för upphandling av sjukvårdsprodukter med Serviceförvaltningen.

MAS har deltagit i referensgrupp avseende bårhustransporter med Serviceförvaltningen.

MAR har under året deltagit som sakkunnig inom hälso- och sjukvård och rehabilitering i projekten Modernisering av sociala system inom Stockholms stad.

MAR har deltagit i en referensgrupp avseende kostnadsfördelning för hjälpmedel med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm.

### **Riskanalys**

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

Under året har stadsdelen lämnat över vårdgivaransvaret för en verksamhet under första halvåret. Under slutet av året har en verksamhet övergått från entreprenad drift till egenregi. Risker inom hälso- och sjukvården ingick då som del av analyserna. Områden som omfattades var:

- läkemedelshantering
- behörigheter till journalsystem
- behörigheter till e-Hälso-system
- upprättande av nya journaler
- tillgång till förbrukningsmaterial

Risicanalys har begärts in från samtliga verksamheter inför semesterperioderna sommar och jul- och nyår.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

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

Under året har fyra händelser utretts av dessa bedömdes en händelse vara risk för allvarlig vårdskada och anmäldes till IVO enligt lex Maria. Anmälan avsåg händelse med brist i handhavande vid kateterisering.

### **Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför verksamhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning gemensamt av verksamhetschef och MAS. Loggrapporter har begärts in av MAS och arkiverats. Under året har inga avvikelser rapporterats.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna. Under året har fem avvikelser uppmärksammats som samtliga avser avsaknad av dokumenterat samtycke. Chef i verksamheten har informerats och samtycken har säkerställts.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### **Egenkontroll**

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård

Verksamheten har under året i olika utsträckning utvecklat arbetssätt med rutiner, egenkontroll, teamarbete i enlighet med åtgärdsplanen efter föregående års uppföljning. Nya åtgärdsplaner har upprättats av verksamheterna utifrån resultat av uppföljningen.

Gemensamt har verksamheterna fortsatt utveckla det strukturerade patientsäkerhetsarbetet som innefattar att systematiskt hantera och använda resultat av inträffade avvikelser och utredningar av vårdskada eller risk för vårdskada i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete tillsammans med resultat och analys av egenkontroller.

### Dokumentation

Verksamheterna har utsedda handledare för stöd och utveckling av journalföring. De har även tillgång till stöd från stadsdelsförvaltningens processledare för dokumentation.

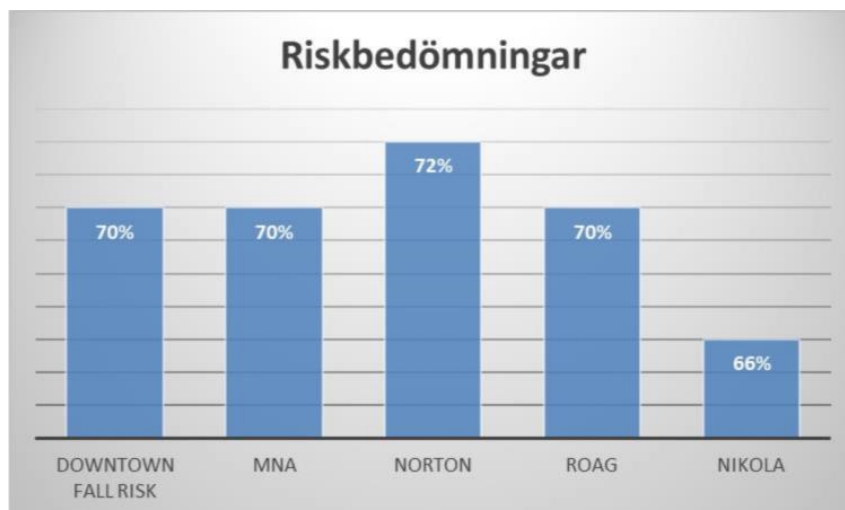
Verksamheternas analyser av genomförd egenkontroll visar på den utveckling som skett under året och de utvecklingsområden man behöver arbeta vidare med.

### Riskbedömningar

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Riskbedömningsinstrument som ska användas är:

- Downton Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus

- Norton för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) - munstatus
- Nikola Riskbedömning för urininkontinens



Kvalitetsindikatorerna anges i procent och är beräknade på antal journaler vid mätdatum 1 januari 2020.

Andel aktuella riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår och munstatus samt urininkontinens ligger mellan 66- 72% vilket är i stort oförändrat sedan föregående år.

Ett relevant målvärde för utförda riskbedömningar bör ligga på 90%, vilket visar att detta är ett område som ytterligare behöver säkerställas.

### Senior alert

För de patienter som lämnat sitt samtycke ska registreringar av genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index) göras i kvalitetsregistret. Statistiken visar att andelen som registrerats under året ligger mellan 80-90 %, vilket är en markant ökning. Detta kan kopplas till implementering av teammöten där registrering i Senior alert är en del.

### ADL bedömning enligt Sunnås ADL index

Bedömning av den enskildes förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ska erbjudas alla som flyttar in i särskilt boende och därefter följas upp vid förändrat hälsotillstånd eller minst årligen. Bedömningen ger möjlighet att på bästa sätt anpassa stöd och hjälp i vardagen för den enskilde, samt besluta om eventuella specifika åtgärder för att stärka eller kompensera nedsatt förmåga.

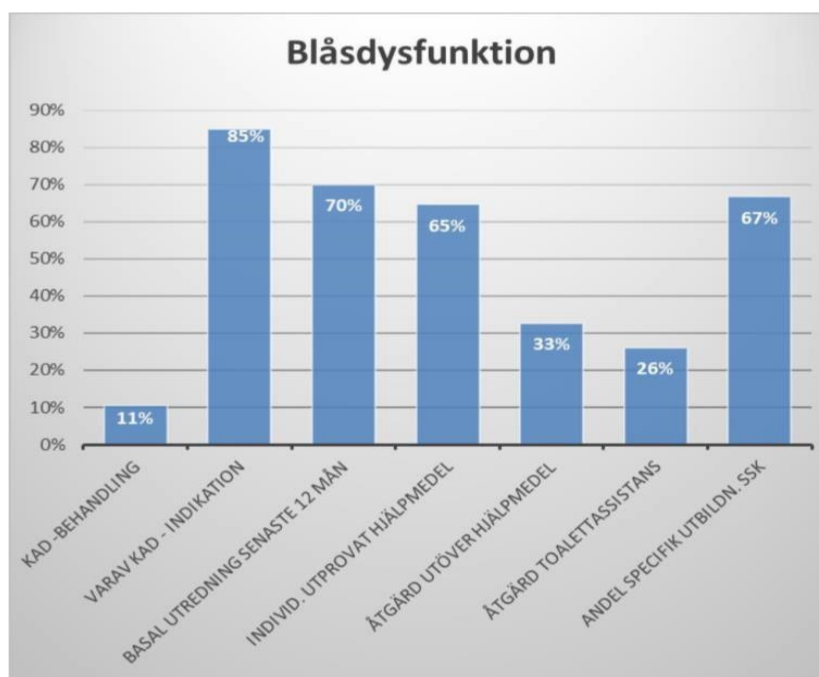
Andelen patienter som under det senaste året bedömts avseende ADL-förmåga ligger sammantaget för verksamheterna ligger på 70% vilket bedöms vara lågt i förhållande till en förväntad målvärde på 90%. Vid jämförelse mellan enheterna kan vi se att servishuset genom ett aktivt arbete med bedömning ökat från 25% till 80% i genomförandegrad. I vård- och omsorgsboendena har resultat minskat något jämfört med 2018.

### Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationerna är ansvariga att tillsammans med sjuksköterskan på boendet genomföra läkemedelsgenomgångar. Alla patienter har rätt till en läkemedelsgenomgång per år. Enligt inhämtad statistik från läkarorganisationen så har ca 95% av alla patienter fått en läkemedelsgenomgång, målet på 100% har inte uppnått men resultatet bedöms vara gott. Anledning till att inte alla fått en läkemedelsgenomgång har varit att de avlidit, flyttat eller blivit inlagda på sjukhus.

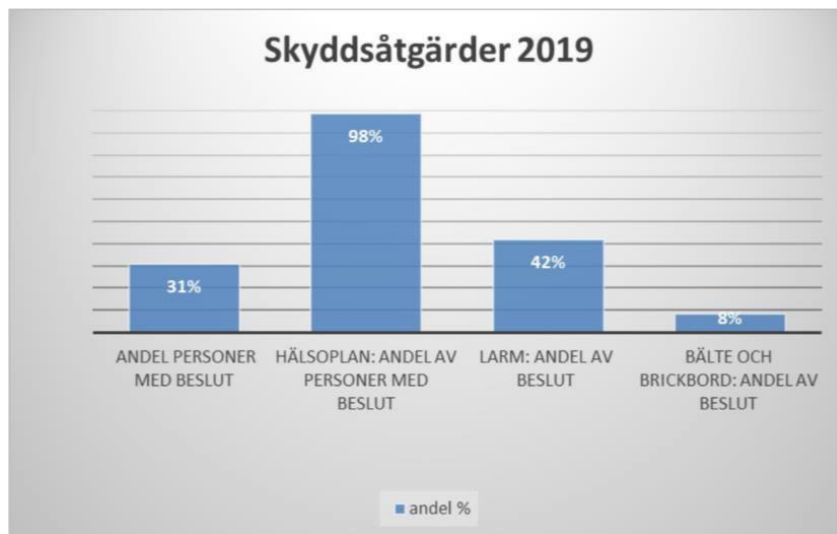
### Punktprevalensmätning (PPM)

Två gånger under året har verksamheterna genomfört och redovisat PPM avseende socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion och indikatorer för skyddsåtgärder. Då fullständiga uppgifter inte inkommit från en verksamhet vid ett tillfälle har statistiken räknats på att den enheten haft samma resultat vid båda tillfällena.



Indikatorer för blåsdysfunktion enligt socialstyrelsen

Resultatet visade att 70% har fått en basal utredning det senaste året. Av dessa behandlas 11% behandlas med urinkateter och i stort sett alla har en indikation för detta. En förutsättning för god och säker inkontinensvård är att de som ordinerar inkontinenshjälpmedel har adekvat utbildning. I verksamheterna har 67% adekvat kompetens inom området. Här ses en potential till förbättring. Ett annat förbättringsområde är att patienterna ordinerar hjälp med toalettassistans i större utsträckning än i dagsläget.

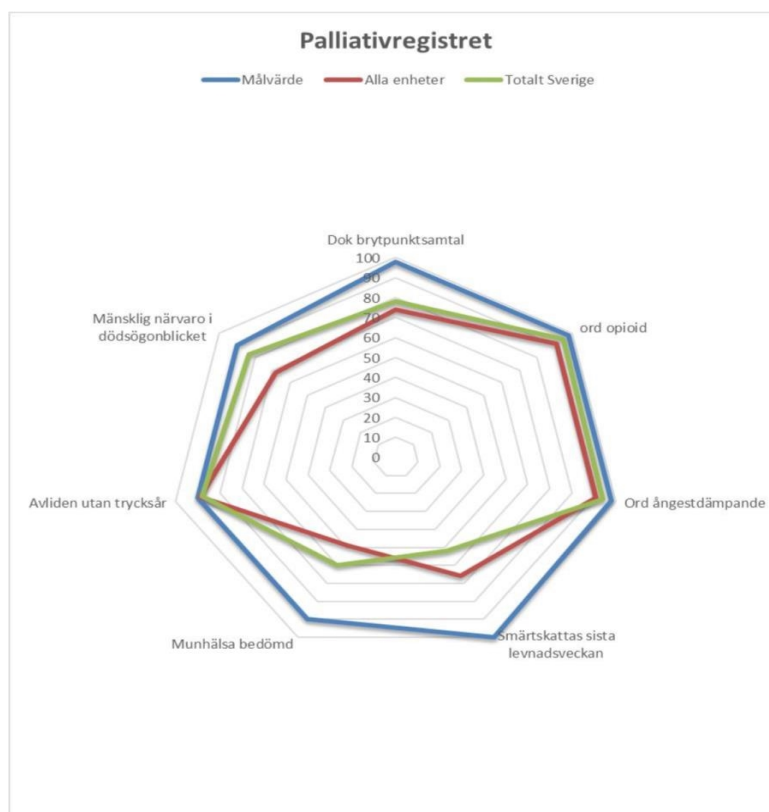


Andel ordinerade skyddsåtgärder.

Resultatet visar att andelen personer med beslut om skyddsåtgärd ligger i samma nivå som föregående år. Av dessa beslut har i princip alla åtgärden kopplad till en hälsoplan, vilket ger förutsättning till uppföljning och kvalitetssäkring av skyddsåtgärden.

#### Registrering i Svenska palliativregistret

Presenterad statistik är baserad på de förväntade dödsfallen i verksamheterna. Palliativregistrets uppsatta målvärden är 100% för alla parametrar förutom ”Avliden utan trycksår”, ”Munhälsa bedömt” samt ”Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket” där målvärdet är 90%.



Sammanställt resultat för samtliga enheter.

Samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativa registret. Under året har 67 patienter avlidit i våra verksamheter, varav 56 har registrerats i Palliativregistret. I statistiken redovisas alla enheter sammantaget och en jämförelse har gjorts med resultatet för hela i Sverige.

Statistiken över de registrerade dödsfallen visar hög måluppfyllelse för parametrarna: patienten avled utan trycksår, hade ordination på smärtstillande läkemedel med opioid och ångestdämpande. Andelen validerade smärtskattningar har ökat från föregående år som då var ett utvecklingsområde som arbetats aktivt med under året.

Kvarstående utvecklingsområden är att bedöma munhälsa samt mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. En verksamhet har lyckats att uppfylla målet till 100% gällande mänsklig närvaro vid dödsögonblicket, men resultat från övriga verksamheter ger ett sammantaget lägre resultat. En bakomliggande orsak till svårigheter att uppfylla målet på servicehus är att det inte är heldygnsomsorg utan hemtjänstinsatser.

### **Avvikelser**

Avvikelserrapportering i särskilda boenden är av vikt för att kunna analysera bakomliggande orsaker, se mönster och vidta adekvata åtgärder för att minimera risker och vårdskador samt ett led i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Fall är den händelse som har den största rapporteringsgraden inom äldreomsorgen. Av de rapporterade fallen är det ovanligt att den bakomliggande orsaken bedömts vara brister i hälso- och sjukvården, utan har andra bakomliggande orsaker.

Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat, vilket är positivt då det ger ett underlag för att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen. De flesta avvikelserna som rapporterats handlar om att delegerad personal missat att ge vårdtagaren sina läkemedel eller missat signera att läkemedlet har överlämnats.

Fall och läkemedelsavvikelser är de kategorier som i huvudsak rapporteras och endast en liten del är andra kategorier som till exempel specifik omvårdnad eller rehabilitering, trycksår eller brister i vårdkedjan mellan landsting och kommun. Eftersom de övriga avvikelserna är så få kan inga generella slutsatser av dessa dras mer än att verksamheterna behöver rapportera dessa avvikelser i högre grad.

### **Klagomål och synpunkter**

Resultat och analys av inkomna klagomål och synpunkter redovisas i verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser.



### **Händelser och vårdskador**

Under 2019 har en händelse anmälts till IVO gällande risk för allvarlig vårdskada. IVO har bedömt att avsluta ärendet då de ansåg att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla och att vårdgivaren har vidtagit nödvändiga åtgärder.

### **Risakanalys**

Under året har risakanalys begärts in från verksamheterna i samband med verksamhetsövergång och inför sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger. Årets analyser har visat på en utveckling i processen att använda risakanalys i sitt arbete. Alla har haft en gemensam struktur genom att de använt det framtagna underlaget vilket i sin tur gett en tydligare bild av hur patientsäkerheten säkerställts under sårbara perioder.

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre på Södermalm

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
  - strukturerad uppföljning via dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal,
  - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
  - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser,
  - stickprovsgranska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egenregi med fokus på hälsoplaner,
  - genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
  - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade risakanalys,
  - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten och
  - följa registreringar i nationella kvalitetsregister.
2. Följa upp hur den palliativa vården livets slutskede utvecklas samt stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar.
3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
  - medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp,
  - utveckla digitala delegeringstester för läkemedel,

- utbildning till alla yrkeskategorier inom området psykisk hälsa,
  - utbildning i medicinteknisk apparatur för vård- och behandling i samverkan med Familjeläkarna.
4. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.

# Patientsäkerhetsberättelse

## Hornstulls Servicehus

### År 2019

Datum och ansvarig för innehållet  
2020-02-26 Therese Gran

---

# Patientsäkerhetsberättelse

## Hornstulls Servicehus

### År 2019

Datum och ansvarig för innehållet  
2020-02-26 Therese Gran

---

## Innehåll

<b>Patientsäkerhetsberättelse</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
STRUKTUR.....	4
<i>Övergripande mål och strategier</i> .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll .....	7
<b>Risikanalys</b> .....	<b>8</b>
Utredning av händelser - vårdskador .....	8
Informationssäkerhet.....	8
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	<b>9</b>
Avvikelser .....	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Risikanalys .....	10
Mål och strategier för kommande år .....	11

## Sammanfattning

Verksamhetsanalys har gjorts löpande under 2019. Flera utvecklingsområden har identifierats och mål för dessa har skapats. Dessa utvecklingsområden har blivit underlag för verksamhetsplanen 2020.

Viktiga mål för Hornstulls servicehus har varit utveckling av teamarbetet, registrering i Kvalitetsregister, dokumentationen.

Enheten har arbetat med att bygga upp en bättre struktur kring hälso- och sjukvårdsinsatserna genom att uppdatera rutiner, effektivisera arbetssätt och förtydliga arbetsbeskrivningarna för de olika professionerna.

För att säkerställa kvalitet och förhindra att vårdskador och allvarliga missförhållanden uppstår har verksamheten arbetat med kvalitetssäkring av insatserna och behandling av fel och brister genom kontinuerlig hantering i team. På kvalitetsmöten har händelser av vikt behandlats för att kontinuerligt förbättra verksamheten

Utifrån verksamhetens egenkontrollresultat har vi konstaterat att utveckling har skett i dokumentation, registrering i kvalitetsregister, hantering av avvikelser. Dessa områden kommer verksamheten fortsätta arbeta med och utveckla under 2020. Fokus kommer att ligga på teamarbete.

En av de stora bristerna har varit kontroll av följsamheten av basala hygienrutiner. Mål för 2020 är att följa egenkontrollen, dokumentera och åtgärda samt arbeta med kompetensutveckling inom området. Arbetet med uppdatering av rutiner och ledningssystemet kommer att fortsätta under 2020.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

### Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra regelbundna narkotikakontroller.
- Genomföra regelbundna loggkontroller i Vodok 2.0
- Registrering i nationella kvalitetsregister.
- Uppföljning av åtgärdsplan från 2018 års uppföljning av QUSTA.
- Webbaserat kunskapstest för omvårdnadspersonal vid läkemedelsdelegering samt årlig uppföljning av delegeringar.
- Legitimerad personal deltar i nätverksträffar för dokumentation.
- Verksamhetens palliativa ombud deltar i nätverksträffar.
- Sjuksköterskor genomgår utbildningar i munhälsa.
- Var 8:e vecka genomföra självskattning och observation genom vårdhygiens material för basala hygienregler.
- Den äldre är självständig utifrån sina förmågor.
- Rutiner för teamarbete har införts.

### Organisation och ansvar

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

Södermalms stadsdelsnämnd (Vårdgivare)

Fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer kontinuerligt upp och utvärderar målen.

Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvalitén.

Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem inom ansvarsområdet är utformat så att vårdprocesser fungerar verksamhetsöverskridande.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen är enhetschefen för Hornstulls Servicehus.

Verksamhetschef formulerar mål och tar inom ramen för vårdgivarens ledningssystem fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas.

Verksamhetschefen medverkar i kvalitetsuppföljning, ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården samt att vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tillämpas i verksamhetens arbetssätt.

Verksamhetschef samverkar med MAS, MAR, dietist och dokumentationsstödjare för att nå god kvalitet i hälso- och sjukvård. Utöver det har verksamheten stöd av Apoteket AB och Vårdhygien.

Biträdande enhetschef, med uppdrag att fullfölja enskilda uppgifter enligt HSL, följer upp och ansvarar för egenkontroller samt analys av resultat så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Hälso- och sjukvårdspersonal medverkar, inom ramen för verksamhetens ledningssystem, kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i följsamheten, framtagandet, utprovningen och vidareutveckling av rutiner och metoder.

Arbetar kontinuerligt med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Ordinarie sjuksköterskor finns tillgängliga vardagar från 07.00 till 16.30 övrig tid ansvarar ambulerande sjuksköterskor med avtal för hälso- och sjukvården.

Sjukgymnast finns tillgänglig vardag måndag – torsdag från 07.45-16.30. Arbetsterapeut finns tillgänglig onsdag, torsdag och fredag från 07.45-16.30.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter följer de lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

- Överenskommelse mellan regionen och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- utskrivning till slutenvården
- Överenskommelse mellan regionen och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd samt för personer med förvärvad hjärnskada eller kognitiv svikt.
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan kommunal utförare och Legevisitten AB.
- Lokal rutin för samverkan med HELSA Vårdcentral
- Lokal rutin för läkarkontakt
- Lokal rutin för kontakt med dietist
- Lokal rutin för kontakt med biståndshandläggare
- Lokal rutin för jour sjuksköterskepatrull; Klara Kompetens
- Samverkansöverenskommelse med Oral Care (tandvård)



- Centralt avtal med Apoteket AB gällande läkemedelsgranskningar
- Centralt avtal med Vårdhygien
- Samverkan med stadens dietist för att förebygga undernäring samt malnutrition.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Alla patienter och deras närstående erbjuds efter inhämtat samtycke inflyttningssamtal med hälso- och sjukvårdspersonal inom två veckor och även vid förändrat hälsotillstånd.

Patient och närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede. Anhöriga erbjuds också efterlevandesamtal efter dödsfall.

Vid hälso- och sjukvårdsavvikelser involveras patienten i utredning om den själv vill, närstående involveras om samtycke finns.

Vid registrering i Senior Alert inhämtas samtycke och patientens önskemål och vilja tas i beaktan.

Förtroenderåd hålls på enheten en gång i månaden.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Den personal som upptäcker en avvikelse ansvarar för att vidta eventuella åtgärder för patienten omgående.

Omvårdnadspersonal rapporterar avvikelser skriftligt och lämnar till sjuksköterska, sjukgymnast eller närmsta chef enligt lokal rutin.

Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och i patientens journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikelse registrerar direkt i avvikelsemodulen.

En gång i veckan utreds och analyseras alla avvikelser i team där Hälso- och sjukvårdspersonal samt chef ingår. Vissa avvikelser tas upp på arbetsplatsträff, eventuella lokala rutiner revideras. Externa avvikelser skickas till berörd verksamhet per post.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen registreras och diarieförs. Dessa skickas till verksamheten för utredning.

Inkomna synpunkter och klagomål besvaras skyndsamt till den som lämnat genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas.

Biträdande enhetschef/enhetschef ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med MAS/MAR. Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.

### Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Uppföljning av åtgärdsplan utifrån 2018 års QUSTA.
Dokumentation	2 gånger per år	Journalgranskning, i Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Narkotikakontroll	Varje månad	Protokoll
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	1 gång per vecka	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål	Inför arbetsplatsträff Löpande /var fjärde vecka på kvalitetsmöte	Excel
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	En gång per år samt vid behov.	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0  Senior alert
Funktionsbedömning ADL	En gång per år samt vid behov.	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	Utifrån Vårdhygiens standard	Protokoll
Basala hygienrutiner	Var 8:e vecka eller vid behov.	Självskattning, vårdhandboken

## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1§

- Inför sommaren
  - Riskbedömning av hälso- och sjukvårdsinsatser, HSL-bemanning, delegering, förändringar i verksamheten
  - Riskanalys av verksamhetens introduktion av ny personal
  - Riskanalys vid värmebölja – säkerställa rutiner
  - Riskanalys av läkarens tillgänglighet
- Inför jul och nyår
  - Riskbedömning av hälso- och sjukvårdsinsatser, HSL-bemanning, delegering, förändringar i verksamheten
  - Riskanalys av verksamhetens introduktion av ny personal
  - Riskanalys av läkarens tillgänglighet

Verksamheten genomförde riskanalys i samråd med MAS vad gäller bemanningen av sjuksköterskor. Detta ledde till en ökad grundbemanning på ytterligare 50% då analysen visade en hög vårdtyngd.

### Utredning av händelser - vårdskador

En händelse har anmälts till inspektionen för vård och omsorg (IVO), händelsen handlade om en patient som fick dåligt bemötande samt upplevde lidande i samband med byte av KAD. Utredningen visade att det förelåg en risk för allvarlig vårdskada.

### Informationssäkerhet

Loggkontroller utförs varje månad i Vodok 2.0 av biträdande enhetschef. Loggkontroll har utförts i NPÖ av MAS varje månad. Vid två tillfällen så saknades samtycke och åtgärder har vidtagits för det. Fax och e-post som skickas till och från sjuksköterskepatrullen är avidentifierade.

## RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll	Resultat
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	Genomförd av MAS och MAR och visade att flertalet rutiner upprättats och reviderats under året. Ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt finns kring delegering, läkemedel och dokumentation jämfört med året innan. Struktur för teammöten har utvecklats under året.
Dokumentation	Patientens behov, resurser och behandling framgår tydligare i dokumentationen än tidigare.  Utvecklingsområden att jobba vidare med: Att dokumentera under sökordet Personfaktorer, använda Hälsoplaner mer strukturerat samt att teamarbetet är synligt i dokumentationen.
Loggkontroller	Inga avvikelser i VODOK 2.0.  Loggkontroll av NPÖ visade att det saknades samtycke vid två tillfällen. Åtgärder har vidtagits för det.
Narkotikakontroll	Utförs enligt läkemedelshanteringsrutin.
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	De flesta patienter med blåsdysfunktion har en aktuell utredning och individuellt utprovad inkontinenshjälpmedel. Båda sjuksköterskorna har formell utbildning gällande inkontinens.  Arbete med andra åtgärder än inkontinenshjälpmedel kan utvecklas.
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	PPM mätningen visar att användandet av skyddsåtgärder är låg, dock behöver hälsoplaner upprättas för de skyddsåtgärder som är ordinerade.
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Under året har ca 75% av patienterna fått riskbedömningar i dessa områden.
Kvalitetsregister	Registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret har ökat markant jämfört med 2018.
Funktionsbedömning ADL	80% av de boende har en aktuell bedömning jämfört med 25% 2018.

<p>Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering</p>	<p>Apotekets kvalitetsgranskning genomfördes med sjuksköterskor, enhetschef, MAS. Inspektion av läkemedelsförrådet samt några av de boendes medicinskåp utfördes.</p> <p>Granskningen visar att verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med egenkontrollen och att delegerad personal behöver fylla i varför ett läkemedel inte givits, t.ex. ej hemma, vill inte ha etc.</p> <p>Verksamheten behöver jobba vidare med att säkerställa kunskap och kompetens hos delegerad personal.</p> <p>Följa rutinen för narkotika kontrollen för att kunna upptäcka eventuella avvikelser. Nyckelhanteringsrutiner bör ses över.</p> <p>Den samlade bedömningen är att Hornstulls servicehus har bra utarbetade lokala rutiner, god avvikelshantering och god ordning i läkemedelsrummet.</p>
<p>Basala hygienrutiner</p>	<p>Sporadiska egenkontroller har utförts, men har inte dokumenterats.</p>

### Avvikelser

Antalet fallavvikelser som har rapporterats är 272 stycken. En stor del av de fall som rapporterats står för egen förflyttning i hemmet.

En vårdskada som utreddes handlade om byte av KAD och som innebar en risk för allvarlig vårdskada. Lärdomen av det var att det i bemötande samt information fanns brister. Handlingsplan framtog i samråd med MAS samt att ärendet är registrerat som ett enskilt personalärende. IVO avslutade ärendet med bedömningen att verksamheten vidtagit adekvata åtgärder.

### Klagomål och synpunkter

Inga återkommande inom samma område har inkommit.

### Risikanalys

Risikanalys utfördes på sjuksköterskebemanning och vårdtyngd tillsammans med MAS vilket ledde till en ökad bemanning.

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

Utifrån 2019 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Flera av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2020.

- Fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet, genom uppdatering av ledningssystem.
- Antalet registreringar i Senior Alert kommer att öka genom en tydlig lokal rutin och fokus på teamarbete. Uppföljningar görs kvartalsvis.
- Antalet ADL-bedömningar kommer att öka genom fokus på teamarbete. Uppföljningar görs kvartalsvis.
- Andel äldre med aktuella läkemedelsgenomgångar kommer att öka genom strukturerad planering i samarbete med ansvariga läkare.
- Teamarbetet kommer att fortsätta utvecklas och synliggöras under sökordet Kartlagt hälsotillstånd i Vodok 2.0.
- Skyddsåtgärder ska dokumenteras och följas upp, enligt rutin.
- Fortsatt utveckling av dokumentation genom medverkan på nätverksträffar för dokumentationshandledare, egenkontroller med tillhörande analys.
- Fortsatt arbete med att åtgärda brister identifierade vid apoteksgranskningen.
- Följa egenkontroll av basala hygienrutiner, dokumentera resultat samt åtgärda brister.

# Patientsäkerhetsberättelse

## Skånegatans dagverksamhet År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-13 Lisa Jansson

---

## Innehåll

<b>Patientsäkerhetsberättelse .....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning .....	3
STRUKTUR.....	4
<i>Övergripande mål och strategier.....</i>	<i>4</i>
<i>Organisation och ansvar .....</i>	<i>4</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>5</i>
<i>Patienters och närståendes delaktighet.....</i>	<i>5</i>
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....</i>	<i>5</i>
<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>6</i>
<i>Egenkontroll .....</i>	<i>7</i>
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
<i>Riskanalys.....</i>	<i>8</i>
<i>Utredning av händelser - vårdskador.....</i>	<i>8</i>
<i>Informationssäkerhet.....</i>	<i>8</i>
RESULTAT OCH ANALYS .....	8
<i>Egenkontroll .....</i>	<i>8</i>
<i>Avvikelser.....</i>	<i>8</i>
<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>9</i>
<i>Händelser och vårdskador .....</i>	<i>9</i>
<i>Riskanalys.....</i>	<i>9</i>
Mål och strategier för kommande år .....	9



## Sammanfattning

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för akuta hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans dagverksamhet. Enhetschef har reviderat samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetet med att anpassa ledningssystemet för systematiska kvalitetsarbetet har pågått under hela året. Baspersonal har genomgått delegeringsutbildning, utbildning i basal hygien, utbildning i psykisk ohälsa och alla rutiner för hälso- och sjukvården har gått igenom.

Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig har varit inne i journalsystemet. Resultat av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att den sker i Vodok 2.0. Avvikelser har hanterats enligt rutin. Lärdomar som spridit efter analys av riskhantering är att verksamheten behöver ha en tydligare struktur för anmälan till förflytningsutbildning och funktionskontroll av selar.

Under år 2020 behöver verksamheten strukturera upp anmälan till förflytningsutbildning och förtydliga hälso- och sjukvårdsansvaret gällande funktionskontroll av selar.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Övergripande mål:

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhetssäkerhet.

Strategier:

Följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkert genom att:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra loggkontroller hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Genomföra funktionskontroll av larm på toaletter.
- Genomföra egenkontroll av låsbara läkemedelslådan.
- Genomföra egenkontroll av rengöring av medicintekniska hjälpmedel.
- Uppdatera inventarielistor för medicintekniska hjälpmedel och genomföra funktionskontroll.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i handledning och förflyttningsteknik, delegeringsutbildning och basal hygien.
- Genomgång av hälso- och sjukvårdsrutiner på månatliga verksamhetsmöten.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner uppdateras årligen, oftare vid behov.
- Genomföra riskanalyser av bemanning, delegering, strömavbrott och sjuksköterskans tillgänglighet.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller
- Utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

### Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd inom Södermalms vård- och omsorgsboende enhet är chef för legitimerade

hälso- och sjukvårdspersonalen som vid akuta behov gör insatser på Skånegatans dagverksamhet.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende som vid akuta behov gör insatser på Skånegatans dagverksamhet. Legitimerade arbetsterapeuten ansvarar för att funktionskontroller av verksamhetens selar.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Verksamheten har samverkat med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd av Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende, primvården och gästens hemtjänst.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Verksamheten erbjuder patienter och anhöriga möte om hälso- och sjukvårdsinsatser om behov uppstår. Baspersonal arbetar utifrån äldreomsorgens värdegrund gällande bemötande och delaktighet och Program för stöd till anhöriga 2017-2020.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Baspersonal informerar sjuksköterska och lämnar ifyllt avvikelseblankett för hantering i Vodok 2.0. Sjuksköterska informerar gästens husläkarmottagning/vårdcentral.

Vid allvarliga avvikelser (risk för vårdskada/missförhållande) informeras enhetschef omgående. MAS informeras muntligt av verksamhetschef vid risk för vårdskada/vårdskada.

Fallregistreringar lämnas direkt till arbetsterapeut/sjukgymnast som registrerar i Vodok 2.0. Avvikelser följs alltid upp. Återkommande fall följs upp av arbetsterapeut/sjukgymnast tillsammans med gästens vårdcentral.

Enhetschef på Skånegatans dagverksamhet hanterar avvikelser och fallrapporter i Vodok 2.0 senast den 10:e i månaden efter. När avvikelse måste kompletteras meddelar enhetschef den som registrerat avvikelsen/fallrapporten via Vodok 2.0 meddelandefunktion. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef på Skånegatans dagverksamhet, hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på Skånegatans dagverksamhet diskuterar gemensamt orsaker och åtgärder i syfte att utveckla vården samt minimera att upprepningar inte sker.

MAS och MAR ansvarar för att stänga avvikelser när dessa är färdighanterade.

### **Klagomål och synpunkter**

Information om möjligheten att lämna förslag, klagomål eller synpunkter finns väl synligt i verksamheten. Möjligheten att lämna muntliga eller skriftliga synpunkter och klagomål delges gäster och eventuella anhöriga vid välkomstsamtalet. Om gästen tycker det är krångligt att använda blanketten "Tyck till" hjälper personalen till.

Synpunkterna ska omgående lämnas till enhetschef som senast dagen efter mottagandet skickar till

registratorn på Göta Ark för att diarieföras via

[sd12registraturet.soder@stockholm.se](mailto:sd12registraturet.soder@stockholm.se) En kopia sparas på enheten.

Registrator ankomststämplar och diarieför ärendet, behåller originalet samt lämnar en kopia till enhetschef för utvecklingsenheten för handläggning. Ska ärendet handläggas på berörd enhet skickar verksamhetsutvecklare ärendet till enhetschef som utreder ärendet. Inom 14 dagar sammanställer enhetschef ett svar till den enskilde där också vidtagna och/eller planerade åtgärder redovisas. Vid beröm ska ett tackkort skrivas, är det en synpunkt eller ett klagomål ska detta skriftligen bemötas på ett professionellt sätt samt åtgärda anledningen till synpunkten eller klagomålet. En kopia sparas hos enhetschef. Svaret skickas direkt till den som framfört klagomål/synpunkt. Enhetschef ansvarar för att en kopia skannas till registraturen via [sd12registratur.soder@stockholm.se](mailto:sd12registratur.soder@stockholm.se) och med kopia till utvecklingsenheten.

Inkomna synpunkter, förslag och klagomål tas upp på enhetens verksamhetsmöte för att kvalitetsutveckla verksamheten. Alla medarbetare ska få kännedom om inkomna synpunkter, förslag och klagomål. Enhetschefen sammanställer och analyserar de synpunkter, beröm eller klagomål som inkommit under verksamhetsåret. Analyserna utmynnar i förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheten. Redovisning av inkomna klagomål, synpunkter och beröm sker i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

## PROCESS

### Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hsl dokumentation	Varje månad	Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Avvikelser Synpunkter och klagomål	Varje månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Låst läkemedelslåda	1 gång per månad	
Basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger per år	Vårdhygien.se
Inventarieförteckning medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år, oftare vid nyinköp	
Funktionskontroll lyftselar	2 gånger per år	
Funktionskontroll övriga medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år	
Rengöring medicintekniska hjälpmedel	1 gång per månad	
Delegeringsutbildning	1 gång per år	
Förflyttningsteknik	1 gång per år	

### PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys har genomförts.
- Egenkontroll av loggkontroller har genomförts.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner har gått igenom på verksamhetsmöten.
- Funktionskontroller av larm på toaletter har utförts månatligen.
- Ny rutin för rengöring av medicintekniska hjälpmedel har införts och följts upp.
- Tre omvårdnadspersonal har genomgått delegeringsutbildning.
- Sex personal har genomfört utbildning och självskattning av basal hygien.

- Tre personal har utbildats till första hjälpare vid psykisk hälsa.

### **Risکاناليس**

- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser beträffande strömavbrott, förflyttningsteknik, funktionskontroll av selar, bemanning, ingen i tjänst med delegering, inte får tag på sjuksköterska, hissproblem, vattenläcka. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Inför sommaren
  - Lokal rutin finns för vad som ska göras om sjuksköterska inte är tillgänglig
  - Lokal rutin finns för att säkerställa att gäster får tillräckligt med vätska under varma sommandagar

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Verksamheten har inte haft händelser som medfört vårdskada.

### **Informationssäkerhet**

- Verksamheten har utfört loggkontroller i Vodok 2.0
- Verksamheten har utfört egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

### **Egenkontroll**

- Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig har varit inne i journalsystemet.
- Resultat av egenkontroll av dokumentation visar att den sker i Vodok 2.0.
- Avvikelser har hanterats enligt rutin.
- Vid akuta situationer där sjuksköterskan inte är tillgänglig har verksamheten gjort en ny rutin för att garantera gästernas patientsäkerhet.

### **Avvikelser**

Verksamheten har haft en avvikelse som inte ledde till vårdskada.

### **Klagomål och synpunkter**

Inga klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvård har inkommit.

### **Händelser och vårdskador**

Samlad analys efter utredning av händelse är att Baspersonal behöver vara uppmärksamma på de gäster som har fallrisk.

### **Riskanalys**

Lärdomar som spridit efter analys av riskhantering är att verksamheten behöver ha en tydligare struktur för anmälan till förflytningsutbildning och funktionskontroll av selar.

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

Under år 2020 behöver verksamheten:

- För att nå målet med att upprätta och utveckla kompetens i förflyttningsteknik behövs en rutin för anmälan till utbildning tas fram.
- För att nå målet med patientsäkerhet behövs ansvaret för funktionskontroll av selar förtydligas.

# Patientsäkerhetsberättelse

Katarinagården, Kulltorp, Magdalenagården och  
Nytorgsgårdens vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

26/2-20 Lisa Larsson

---



## Innehåll

Sammanfattning .....	3
<i>STRUKTUR</i> .....	4
<i>Övergripande mål och strategier</i> .....	4
<i>Organisation och ansvar</i> .....	4
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i> .....	6
<i>Patienters och närståendes delaktighet</i> .....	6
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i> .....	6
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	7
<i>Egenkontroll</i> .....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
<i>Risikanalys</i> .....	9
<i>Utredning av händelser - vårdskador</i> .....	10
<i>Informationssäkerhet</i> .....	11
RESULTAT OCH ANALYS .....	11
<i>Egenkontroll</i> .....	11
<i>Avvikelse</i> .....	12
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	12
<i>Händelser och vårdskador</i> .....	13
<i>Risikanalys</i> .....	13
<i>Mål och strategier för kommande år</i> .....	13

## Sammanfattning

Under det gångna året har arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentation fortsatt bland annat genom nätverksträffar för dokumentationshandledare. Dessa har i sin tur tagit den nya kunskapen vidare till hälso- och sjukvårdsgruppen på HSL-möten. Detta har medfört att dokumentationen fortsatt blivit bättre och att förståelsen för dokumentationssystem ökat något ytterligare. Kvalitetsråd och temamötet har under året implementerats på samtliga enheter vilket lett till att avvikelser synliggjorts för hela den tvärprofessionella gruppen på ett nytt sätt och att fler kartlagda hälsotillstånd kommit till stånd. Det leder till en ökad patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen, temamöte och kvalitetsråd är fortsatta fokusområden 2020. Utöver det kommer uppdatering av hälso- och sjukvårdsrutiner stå fokus.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Målet med patientsäkerhetsarbetet är att verksamheten bedriver hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

En trygg och säker hälso-och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Strategier:

- Genomföra egenkontroll av HSL dokumentation enligt mall en gång per månad samt utföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegeringar enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månadsvis så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktions bedömningen och trycksår och registrera i nationella kvalitetsregister.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Teammöten hålls i det tvärprofessionella teamet regelbundet.
- Narkotikakontroller enligt rutin.
- Strukturerat genomföra analys och åtgärder utifrån resultat av egenkontroller och avvikelser gällande hälsosjukvård på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Upprätta och utveckla kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar för tex, dokumentation, handledning, palliativa ombud och mat och måltider.
- Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljningar.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med stadelens dietist.

### Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada. Verksamhetschef har uppdragit till biträdande enhetschef HSL att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelser samt enskilda ledningsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

#### Katarinagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-19.00, lördag och söndag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

#### Kulltorp:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

#### Magdalenagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

#### Nytorpsgården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar, måndag till torsdag.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

- Verksamheten samarbetar med Apoteket AB som genomför apoteksgranskning en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshantering.
- Södermalm Stadsförvaltning har samverkansöverenskommelse ed läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården.
- Oral Care erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar
- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov tex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka eller vid frågor runt multiresistenta bakterier.
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalm stadsdelsförvaltnings dietist för att förebygga undernäring och säkerställa en god näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.

Korttidsboende på Kulltorp och Nytorpgården.

- Samverkar vid behov med biståndsbedömare, primärvård, ASIH, hemrehab, trygg hemgångsteamet på Södermalm och hemtjänstutförare.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

- Verksamhetens erbjuder patienter och vid samtycke från patienten även närstående att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.

- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

- Samtliga medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelse rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är HSL-personal som uppmärksammar en avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i systemet.
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelsen, dokumenterar och antecknar åtgärd på avsedd blanketten.
- Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras avvikelsen sedan i avvikelsemodulen av i dokumentationssystemet Vodok av sjuksköterska och blir på så sätt tillgänglig för verksamhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner inkomna händelser/avvikelser varje månad, detta görs i samråd med personalgruppen på kvalitetsråd.
- Rapporterade avvikelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller väningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras avvikelssystemet och gås igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade fall diskuteras på kvalitetsråd där sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, baspersonal och bitr. enhetschefer deltar.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

### **Klagomål och synpunkter**

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

- Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter gällande HSL registreras och diarieförs. De skickas därefter till aktuell enhet för vidare utredning. I förekommande fall utreds händelsen direkt av handläggare placerad vid staben inom avdelningen för äldreomsorg.
- Klagomål och synpunkter som kommer enhetschef, bitr. enhetschef eller bitr. enhetschef HSL tillkänna telefonledes dokumenteras och skickas till stadsdelen för registrering och diarieföring.

- Inkomna synpunkter och klagomål gällande HSL besvaras snarast dock senast inom 14 dagar genom kontakt via telefon eller e-post med den enskilde där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas.
- Biträdande enhetschef HSL ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med MAS.
- Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.
- Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter gällande HSL hälso- och sjukvården registreras och diarieförs och svaren på dessa diskuteras på våningsmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsråd.

Det finns en Excel fil framtagen av utvecklingsenheten för äldreomsorgen som används för att sammanställa alla synpunkter och klagomål på verksamheten för att sedan kunna analysera dessa på en övergripande nivå.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Uppföljning av handlingsplanerna från föregående års Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år	Enligt rutin
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening för: fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0  Senior alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll

Basala hygienrutiner	1 gång per år	Protokoll
Loggkontroller Vodok	1 gång per månad	Protokoll
Narkotikakontroll	1 gång per månad	Protokoll
Delegering	1 gång per månad	Protokoll

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten på under året på Katarinagården, Kulltorp och Nytorpgården och på Magdalenagården från och med 1/11-19

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

- Uppföljning av handlingsplanerna från föregående års Qusta har genomförts av MAS/MAR.
- HSL-möten har genomförts regelbundet på enheterna.
- Månatlig egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har gjorts av biträdande enhetschef HSL.
- PPM vecka 10 och 36 har genomförts och underlag har skickats till MAS.
- Infektionsregistrering har genomförts och underlag har skickats till MAS varje kvartal och årsvis.
- Narkotikakontroll har gjorts månadsvis.
- Loggkontroller av journaler har gjorts månadsvis av biträdande enhetschef HSL
- Heldagsutbildning i Vårdhygien för legitimerad personal påbörjades höstterminen 2019.
- Apoteket AB utför kontroller av läkemedelshanteringen och åtgärdsplan upprättas utifrån resultat.
- Patienter registreras i Senior Alert och Palliativa registret utifrån den enskildes samtycke.
- Nattfastemätningar genomförs regelbundet för att minska malnutrition.
- HSL-gruppen har blivit en enhet och fått en ny chef i form av biträdande enhetschef HSL under vårterminen 2019
- Kvalitetsråd har genomförts 1 gång per månad där händelser som skett i verksamheten tas upp systematiskt

### Risakanalys



- Riskanalys utifrån den enskilde patienten gällande fall, trycksår och undernäring görs vid inflyttning till boendet och utifrån identifierade risker upprättas en handlingsplan för att förebygga risk. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter sker via kvalitetsråd
- Inför sommar- och julleddigheter – görs en riskanalys avseende bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal. Inga risker föreligger enligt dessa.
- Lokal rutin finns om en sjuksköterska blir sjuk akut sjuk.
- Lokal rutin finns för att säkerhetsställa att en boende får tillräckligt med vätska vid värmebölja.
- Inför övertag av Magdalenagården 1/11 gjordes en riskanalys avseende patientsäkerheten.

### Utredning av händelser - vårdskador

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

Sammanlagt antal hälsosjukvårdsavvikelser för HSL-enheten.

Fall	256 st
Läkemedel	121 st
Trycksår	1 st
Specifik omvårdnad	10 st
Vårdkedjan	3 st

Alla händelser har utretts och åtgärder har gjorts där behov funnits.

#### Katarinagården

- Trycksår som uppkommit på enheten.
- Läkemedelavvikelse

Båda utredningarna visade att det var brist i kommunikation mellan personal som föranlett händelserna. Åtgärdsplan togs fram och togs upp i berörda personalgrupper.

#### Kulltorp

- Specifik omvårdnad

Utredning visade att det ej var en vårdskada men lärdom från händelser är även här att tydlig kommunikation är viktigt samt vikten av att dokumentera åtgärder som gjorts kring en händelse.

Det har ej varit några händelser av likande karaktär på Magdalenagården och Nytorpsgården.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

- NPÖ-loggar har utförts av MAS och där har vid 2 tillfälle uppmärksammats att HSL-personal läst journalen där inhämtat samtycke/ej dokumenterats i journal. Åtgärd: Ansvarig sjuksköterska för varje plan har kontrollerat samtliga samtycken och tydliggjort ställningstagande där behov funnits.
- Loggar av hälso- och sjukvårdsjournaler har skett varje månad för att säkerställa att alla journaler granskas. Inga obehöriga har varit inne och läst i journalerna.
- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsjournaler har genomförts vecka 10 och 36 enligt rutin. Resultatet har analyserats och handlingsplan har upprättats och uppföljningsdatum är utfört.

RESULTAT OCH ANALYS på Katarinagården, Kulltorp och Nytorpgården och på Magdalenagården från och med 1/11-19

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

## Egenkontroll

- Uppföljning av handlingsplanerna från föregående års Qusta visar att enheterna har förbättrats generellt men att det finns ett fortsatt behov av ytterligare förbättring inom samtliga områden.
- Egenkontrollen av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att enhetens utvecklingsområden fortsatt är kartlagt hälsotillstånd. Generellt är det fler patienter på enheterna som har ett kartlagt hälsotillstånd dock finns behov av fortsatt arbete i teamet med fokus på patientens delaktighet i det kartlagda hälsotillståndet sker på teammöten.
- Antalet rapporterade händelser/avvikelser har generellt har ökat under året. Det är dock fortfarande fallavvikelser som till största del rapporteras och en stor del av dem är fall vid egen förflyttning. Det är även så att det är ett fåtal personer som står för de flesta av fallen vilket kan ha sin förklaring i sjukdomstillståndet. En förklaring till det ökade antalet rapporterade händelser/avvikelser kan vara att de synliggörs och diskuteras på kvalitetsrådet.
- Antalet hälsoplaner och registreringar i kvalitetsregister har generellt ökat med 1-2 % under året på samtliga enheter förutom på Nytorpgården som har haft en nedåtgående trend på 2%.

- Funktionskontroller ADL utförs men där kan följsamhet till rutin förbättras något.
- Infektionsregistrering görs enligt rutin och resultatet skickas till MAS.
- Apoteket AB har utfört årlig kontroll på samtliga enheter under hösten 2019 förutom på Magdalenagården. Brister som funnits har åtgärdats.
- Basal hygien har följts upp under året både vad det gäller självskattning och observation av följsamhet. Resultatet visar en hög följsamhet men det finns fortfarande enskilda medarbetare som måste påminnas om vad som gäller trots att Webb utbildning i Basal Vårdhygien genomförts av medarbetare.
- Loggkontroller som utförts månatligen har varit utan anmärkning på samtliga enheter. Magdalenagården har kontrollerats november och december månad utan anmärkning.
- Narkotikakontrollerna har utförts enligt rutin varje månad på samtliga enheter utan anmärkning förutom på Kulltorp som hade en avvikelse under året där MAS kontaktade och åtgärd i form av tätare kontrollräkningar och att två stycken sjuksköterskor kontrollräknade varje gång. Detta pågick fram till att MAS via uppföljningar bedömde att man kunde återgå till ursprunglig rutin.
- Egenkontroll av delegeringar visar på följsamhet av rutin. Implementering av nytt delegeringstest infördes under 2019. Detta torde öka kunskapen hos delegerad medarbetare. Delegeringar förnyas enligt rutin.

### **Avvikelser**

Antalet rapporterade händelser/avvikelser har ökat under året. Det är fortfarande fallavvikelser som rapporterats i största del. Enheten arbetar aktivt med information till medarbetare och vikten av att skriva avvikelser vid andra händelser än fall. Bra diskussioner på upprättat kvalitetsråd hoppas till en förståelse till att skriva andra avvikelser ska öka.

Generell lärdom har varit kommunikation i vissa fall fallerar och att vi måste bli bättre både på att förmedla oss både i tal och i journal.

### **Klagomål och synpunkter**

De klagomål och synpunkter som inkommit under 2019 har främst handlat om bristande kommunikation. Både mellan personal och till

närstående/anhörig. Vikten av att ha en tydlig kommunikation har tagits upp i personalgrupperna

### **Händelser och vårdskador**

Inga utredningar har skett. Inga vårdskador har rapporterats.

### **Risakanalys**

- Riskanalyser genomförs alltid vid förändringar/händelser som kan ha en negativ inverkan på patientsäkerheten.
- Vid identifierade risker upprättas handlingsplan för att förebygga risk.
- Under året har alla patienter riskbedömts vad gäller fall, nutrition och trycksårskick. Detta leder till ett säkert och strukturerat arbete för att fånga upp risker i tid och åtgärda.
- Systematisk hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål utförs i ett ständigt förbättringsarbete via kvalitetsråd.
- Vid inflyttning och vid behov utför det tvärprofessionella teamet en riskanalys av arbetsmiljön kring varje patient. Fortsatt arbete måste läggas på att upprätta handlingsplaner vid risk.
- Ett frivilligt Projekt "Dö Bra" startade hösten 2019 på två enheter. En enhet valde att avsluta deltagandet efter en kort period.
- Ny mötesstruktur har framtagit gällande kvalitetsråd och temamöte, detta har ökat det strukturerade arbetet kring patienter.
- Ett nytt sätt att beställa tekniska hjälpmedel infördes under hösten 2019. I samband med detta gick berörd personal på en enklare introduktion och support finns telefonledes vid behov

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

- Fortsätta utveckla hälso-och sjukvårdsdokumentationen. Strategi: Genom att regelbundet och vid behov ha dokumentation som en punkt på HSL-möte.
- Fortsätta öka andelen registrerade avvikelser vad gäller framförallt läkemedel. Strategi: Genom att på kvalitetsråd prata kring om vad en avvikelse är och varför de görs.
- Fortsätta öka frekvensen av Kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet. Strategi: regelbundna temamöten som hålls i den tvärprofessionella gruppen där patientens delaktighet framkommer.
- Fortsätta öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret. Strategi: Genom regelbundna teammöten där varje yrkesprofession deltar med sin spetskompetens.
- Fortsätta arbeta mer systematiskt med avvikelshantering. Strategi: genom regelbundna

kvalitetsråd där avvikelser hanteras systematiskt i det tvärprofessionella teamet.

- Fortsätta förbättra det tvärprofessionella arbetet genom regelbundna teammöten där HSL personal och omvårdnadspersonal deltar med patienten i fokus.

# Patientsäkerhetsberättelse

Bergsunds vård- och omsorgsboende  
År 2019 ( 20190101-20190520)

Datum och ansvarig för innehållet

**2019-05-22 Ninozka Uribe**

---

## Innehåll

<b>Patientsäkerhetsberättelse .....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning .....	3
<i>STRUKTUR</i> .....	3
<b><i>Övergripande mål och strategier</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Organisation och ansvar</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Patienters och närståendes delaktighet</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>Egenkontroll</i></b> .....	<b>6</b>
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	7
<b><i>Risikanalys</i></b> .....	<b>8</b>
<b><i>Utredning av händelser - vårdskador</i></b> .....	<b>8</b>
<b><i>Informationssäkerhet</i></b> .....	<b>9</b>
RESULTAT OCH ANALYS .....	9
<b><i>Egenkontroll</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>Avvikelser</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>Klagomål och synpunkter</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>Händelser och vårdskador</i></b> .....	<b>10</b>
<b><i>Risikanalys</i></b> .....	<b>10</b>
Mål och strategier för kommande år .....	10

## Sammanfattning

Utöver vår strävan att efterleva den nationella värdegrunden för äldreomsorgen är verksamhetens mål att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor.

Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador.

För att uppnå målet uppmanas medarbetare att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och kan åtgärdas. Boende och närstående uppmanas likaså att påpeka brister, antingen muntligt eller skriftligt.

Kvalitetsmätningar har genomförts och resultaten har lett till att utveckla verksamheten samt att nya rutiner upprättats. Verksamheten har kommit längre i att registrera i kvalitetsregister och personal har genomgått utbildning dokumentation för att höja kvalitet på vården.

Verksamheten har övergått till entreprenad och entreprenaden har fått ta del av de förbättringsområden verksamheten har där bland annat delegering och hälso- och sjukvårdsdokumentation ingår.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Södermalms stadsdelsförvaltning drev verksamheten mellan 20190101-20190520. Verksamhetens övergripande mål ä att efterleva den nationella värdegrunden för äldreomsorg och bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av hög kvalitet och patientsäkerhet. Målet är att vårdskador ska förebyggas genom att tidigt upptäcka risker samt att mildra konsekvensen av uppkomna vårdskador.

Hälso-och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet följs genom att:

- Analys av samtliga inkomna klagomål
- Ökad registrering i kvalitetsregister
- Egenkontroll av läkemedel och läkemedelsrum
- Utbilda sjuksköterskor i hur de ska dokumentera hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd
- Utbilda sjuksköterskor i användandet at skyddsåtgärder



- Införa Abbey-Pain Scale
- Utföra riskanalys över patientsäkerheten inför verksamhetsövergång
- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- Genomföra punktprevalensmätning av blåsdysfunktion och skyddsåtgärder

## **Organisation och ansvar**

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ett aktivt förebyggande arbete för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och riktlinjer.

Verksamhetschef ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ska medverka i förbättringsarbetet genom att rapportera observerade risker och registrera avvikelser i avvikelshanteringssystemet i Vodok 2.0.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Enhetschef ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver för att därigenom tillgodose kravet på hög patientsäkerhet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Bergsunds vård- och omsorgsboende och läkarorganisationen. Bergsund har avtal med Capio Legevisitten AB.

I samarbete med Vårdhygien genomförs hygienronder vartannat år. Verksamheten har samarbetat med Apoteket AB genom apoteksgranskning varje år. Flexident AB besöker de boende för att ombesörja munhälsovården. En gång i månaden har våningsplanen teamforum där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal samverkar kring några patienter per tillfälle. Dokumentationen sker i Senior Alert. Riskbedömningar utförs och förebyggande omvårdnadsåtgärder ordinerar och målet är att samtliga patienter på våningsplanet diskuteras två gånger per år.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Verksamhetens erbjuder vårdplanering där patient och anhöriga får delta. Vårdplaneringsmötet sker inom 14 dagar efter inflyttning. Övriga deltagare är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson och i de fall det föreligger behov deltar även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Närståendemöten genomförs två gånger per år, en gång på hösten och en gång på våren. Varje månad skickar verksamheten ut information i form av närståendebrev.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Alla medarbetare som upptäcker en hälso- och sjukvårdsavvikelse eller ett fall är skyldiga att rapportera detta på blanketten för avvikelserapportering. Om en icke legitimerad personal upptäcker avvikelsen så informerar de samt lämnar den skriftliga rapporten till legitimerad personal. Avvikelse skrivs därefter in av legitimerad personal i avvikelsemodule i Vodok 2.0. Fallrapporter registreras och utreds av all hälso- och sjukvårdspersonal övriga avvikelser registreras och utreds av sjuksköterska i samverkan med ansvarig chef.

#### **Processen när en avvikelse rapport lämnats in:**

- Omvårdnadsavvikelsen ska, samma dag den upptäcks, skrivas och lämnas till tjänstgörande sjuksköterska/enhetschefen.
- Tjänstgörande sjuksköterska/Biträdande enhetschef ansvarar för att fel och brist, avvikelser och fallregistrering utan dröjsmål åtgärdas.
- Utredning av fall sker i teamet där varje profession bidrar med sin spetskompetens.
- Biträdande enhetschef ska kontinuerligt bevaka händelserapporterna och vidta åtgärder för att förebygga upprepning av liknande händelser.
- Rapport om fel och brist ska förvaras hos biträdande enhetschef.
- Samtliga avvikelser behandlas löpande och sammanställs inför Kvalitetsforum
- Avvikelser går igenom gemensamt på Kvalitetsforum (var fjärde vecka) där följande personer deltar
  - Kvalitetssamordnare
  - Sjuksköterska,
  - Rehabiliteringspersonal

- Kostansvariga (en från varje hus)
- Biträdande enhetschef SoL
- Biträdande enhetschef HSL
- Enhetschef

Vid mötet diskuteras åtgärder som vidtagits vid händelsen och i efterhand och om dessa varit tillräckliga. Förslag på rutiner eller andra förbättringar dokumenteras för vidare arbete.

Beslut fattas också om händelsen bedöms vara vårdskada eller risk för vårdskada.

- Avvikelser av vikt presenteras sedan på APT
- Biträdande enhetschef som ansvarar för hälso- och sjukvården ska ha hanterat avvikelser i Vodok senast den 10:e i nästkommande månad
- Chef ansvarar för att informera MAS/MAR om utredningar av vårdskador som inte är allvarliga
- Chef ansvarar för att skyndsamt informera MAS/MAR vid allvarlig vårdskada
- Chef ansvarar för att lyfta allvarliga händelser till ledningsgruppen för Södermalms vård- och omsorgsboendeenhet för gemensam diskussion och beslut om åtgärder även i andra verksamheter

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten besvaras alltid inom 14 dagar. Svaret är skriftligt och innehåller en redogörelse för hur verksamheten har åtgärdat klagomålet/synpunkten. Klagomål och synpunkter analyseras och utreds med hjälp av en handlingsplan. Planen innehåller en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys. Aktuella medarbetare informeras. Återkoppling via handlingsplan sker även på kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade för att förhindra upprepning. En sammanställning görs där orsak och vidtagna åtgärder framkommer. Klagomålet/synpunkten diarieförs och tilldelas ett diarienummer av registraturen i Södermalms stadsdelsförvaltning.

### Egenkontroll

Avvikelsesystemet utgör en viktig del för egenkontrollen. Alla avvikelser analyseras individuellt. Klagomål och synpunkter är en viktig del av förbättringsarbetet och hanteras på samma sätt som avvikelser. Brukarundersökning genomförs en gång per år. Infektionsregistrering sker varje månad. Processer och kvalitetsmål följs upp varje månad. Uppföljningsmöte med hygiensjuksköterska från Vårdhygien sker vartannat år. Läkemedelshanteringen granskas årligen från Apoteket.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dokumentation	2ggr per år	Kollegial granskning i Vodok 2.0

Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion  Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna
Avvikelser Synpunkter och klagomål		Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa		Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0  Senior alert
Funktionsbedömning ADL		Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Basala hygienrutiner	2 gånger per år	Självskattning och observation
Vård i livets slutskede		Svenska palliativregistret
Delegering	1 gång per år	Utbildning och delegeringstest

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att uppnå vårt mål med hög patientsäkerhet och bästa kvalitet har stort arbete lagts ner på att införa nya rutiner, strukturera rutiner på ett spårbart sätt i ledningssystemet och uppdatera tidigare rutiner. En inventering har gjorts på vilka rutiner som behövs, vilka finns och vilka saknas. Till vår hjälp har vi bland annat använt resultat från stadens verksamhetsuppföljning och egenkontroll.

Efter genomförda egenkontroller har data samlats in och förbättringsområden identifierats som sedan återkopplats till verksamheten. Det gäller till exempel hälso – och sjukvårdsdokumentation där upprättande av hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd har legat som fokus. En utbildningsinsats i dokumentation har genomförts. Data samlas även in från punktprevalensmätningar som utförs varje halvår där det framkommer vilka styrkor, svagheter och

utmaningar det finns i verksamheten. Utifrån framkomna utvecklingsområden skapas en handlingsplan som ska leda till ökad kvalitet.

I avsikt att förbättra patientsäkerheten och kvalitetsarbetet har verksamheten ett kvalitetsforum som träffas en gång i månaden. Deltagare är representanter för omvårdnadspersonal, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och chefer. Tillsammans går man igenom de avvikelser som inträffat och diskuterar åtgärder för att förhindra upprepning. Det kan till exempel handla om fallskada och behov kanske finns att skapa eller ompröva riskbedömningar.

### **Riskanalys**

Riskanalyser genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. Det genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med medicintekniska produkter där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda av sjuksköterska inom fjorton dagar efter inflyttning genom registrering i dokumentationssystemet VODOK. Resultat av riskbedömningarna ingår i sjuksköterskans kartläggning av hälsotillståndet. När risker för ohälsa föreligger öppnas hälsoplaner. Riskanalyser ska även registreras i kvalitetsregistret Senior Alert. Arbetet med riskanalyser är ständigt pågående och regleras efter hur kvalitetsregister är konstruerade.

Avvikande händelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas av tjänstgörande sjuksköterska i samverkan med omvårdnadsansvarig. Verksamhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska, rehab och enhetschef.

Vi försöker att ligga steget före för att förhindra risker i verksamheten. Inför förändringar i verksamheten, införande av nya rutiner mm gör vi en riskanalys där vi går igenom de risker som eventuellt skulle kunna uppstå.

Exempel på sådan riskanalys är:

- Riskanalys för att säkerställa patientsäkerheten på sommaren, då ordinarie sjuksköterskor har semester och vikarier arbetar.
- Riskbedömning vid strömavbrott

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Alla händelser/avvikelser rapporteras i avvikelsemodullen i Vodok 2.0. Dessa analyseras med fokus på vårdskada eller ej.

12 av 103 avvikelser har bedömts som vårdskada eller risk för vårdskada.

Inga händelser/avvikelser har bedömts vara av allvarigare grad, därmed har inga rapporter gjorts till IVO.

### **Informationssäkerhet**

Vårdgivaren är skyldig att se till att åtkomst till uppgifter om patienter dokumenteras och kan kontrolleras.

Regelbundna och systematiska loggkontroller i journalsystemet Vodok genomförs varje månad. Varje journal i Vodok och varje användare ska kontrolleras minst en gång per år och resultatet av egenkontrollen ska dokumenteras.

Inget avvikande har rapporterats från loggkontrollerna.

Egenkontroll av hälso – och sjukvårdsdokumentation har genomförts en gång under året. Syftet är att säkerställa att vården av patient kan följas i journal. Tillvägagångssättet är att varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför egenkontroll, enligt Södermalms sdf mall, på minst två journaler. Resultatet följs upp på sjuksköterskemöte för att identifiera förbättringsområden.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

### **Egenkontroll**

Alla planerade egenkontroller har genomförts när de var planerade att utföras. Egenkontrollerna fram till 20 maj 2019 visade att:

- verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med egenkontroller av läkemedelsrum,
- verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd,
- verksamheten behöver förbättra skattning av smärta, exempelvis genom att införa VAS-skalan eller Abbey Pain scale som arbetsinstrument,
- Verksamheten behöver förbättra dokumentationen av ordinerade skyddsåtgärder såsom sänggrindar.

### **Avvikelser**

Avvikelsesystemet utgör en viktig del för egenkontrollen. Alla avvikelser analyseras individuellt. Det har i verksamheten fram till den 20 maj 2019 inträffat 86 fallolyckor varav 9 stycken ledde till lättare vårdskada, 14 läkemedelsavvikelser där utebliven läkemedelsdos utgjort merparten och en patient har fått trycksår.

### **Klagomål och synpunkter**

Gemensamt för de inkomna klagomålen är resultat av bristande kommunikation och information. Vi har identifierat det förbättringsområdet och behöver arbeta mer strukturerat med det.

### **Händelser och vårdskador**

Inga händelser/avvikelser har bedömts vara av allvarigare grad, därmed har inga rapporteringar gjorts till IVO.

### **Risikanalys**

Risikanalysen ger oss kunskap om vilka åtgärder som behövs för att öka säkerheten och kvalitetssäkra vårt uppdrag. Analysarbetet bidrar också till en ökad riskmedvetenhet hos våra medarbetare – att "tänka efter före". Grunden för en riskanalys är att riskerna betraktas ur ett *systemperspektiv*. Det betyder att vi utgår från att det är brister i organisationen som i de allra flesta fall är den grundläggande orsaken till felhändelser i verksamheten. Med ett systemperspektiv lägger man inte skulden för en händelse på den enskilda individen utan på organisationen och hur våra processer kan förbättras. Ett systemperspektiv på säkerhet inom äldreomsorgen innebär att rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation utformas så att eventuella riskmoment kan fångas upp i tid.

Genom att arbeta systematiskt med riskanalyser blottläggs svagheter i verksamheten och utvecklingsområden tydliggörs. Vi har därmed identifierat förbättringsområden och nya rutiner har skapats. Ett exempel på detta är rutin för dokumentation vid driftstopp.

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

Verksamheten har övergått till entreprenad. Inga mål och strategier läggs från Södermalms sdf.