



**UPPLANDS-BRO  
KOMMUN**

Handlingar till  
Äldre- och omsorgsnämndens  
sammanträde

den 4 september 2023

# Dagordning

## Beslutsärenden

43 Fastställande av dagordning	3
44 Statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden	4
45 Svar på ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna - parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar	10
46 Patientsäkerhetsberättelse 2022	20
47 Val av kontaktpolitiker för äldre- och omsorgsnämnden mandatperioden 2023-2026	162



Kommunledningskontoret

Märta Westerberg

Kanslienheten

Marta.Westerberg@upplands-bro.se

Datum

2023-08-15

Vår beteckning

ÄON 22/0155

Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

## Fastställande av dagordning

Förslag till beslut

Dagordningen fastställs.



Stina Forsberg

Datum

2023-08-07

Vår beteckning

ÄON 22/0106

Er beteckning

Socialkontoret

Äldre- och omsorgsnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden

### Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta att statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden läggs som en utökad budgetram på 2 387 991 kronor hos Äldre- och omsorgsnämnden.
2. Äldre- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta att statsbidraget ska användas till att utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden.
3. Äldre- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta att tilldelat statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden på 2 387 991 kronor fördelas enligt följande: 438 611 kronor till Attendo Hagtorp, 974 690 kronor till Humana Lillsjö Badväg, 584 814 kronor till Norrgården och 389 876 kronor till Kungsgården enligt socialkontorets förslag till fördelning.

### Sammanfattning

Socialkontoret har ansökt och blivit beviljat statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden 2022 utav Socialstyrelsen. Upplands-Bro kommuns revisorer har tidigare haft synpunkter på att kommunorganisationen hanterat generella statsbidrag som riktade statsbidrag inom nämnderna. Generella statsbidrag, det vill säga statsbidrag som ej behöver återrapporteras eller återbetalas, ska enligt revisorerna numera tas upp som beslutsärenden hos berörd nämnd för vidare beredning och fastställande hos Kommunstyrelsen samt Kommunfullmäktige.

Socialkontoret föreslår att statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden på 2 387 991 kronor läggs som en utökad budgetram hos Äldre- och omsorgsnämnden samt att statsbidraget används för att öka bemanningen av



sjuksköterskor på särskilda boenden. Socialkontoret föreslår vidare att fördelning sker enligt kontoret förslag.

## Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 7 augusti 2023
- Bilaga - Socialstyrelsens beslut om statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden den 29 juni 2023

## Ärendet

Socialstyrelsen har i uppdrag utav regeringen att fördela bidrag till kommuner i syfte att ge dem incitament att öka sjuksköterskebemanningen samt den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen. Statsbidraget omfattar all kommunfinansierad verksamhet inom äldreomsorgen. Det är upp till varje kommun att besluta om privata utförare ska få ta del utav bidraget.

Samtliga kommuner hade möjlighet att ansöka om statsbidraget för 2022 på Socialstyrelsens hemsida. För att få del utav statsbidraget ska kommunen uppfylla ett utav regeringens följande villkor.

- har en god sjuksköterskebemanning eller kan uppvisa en förbättring i antal sjuksköterskor per plats i särskilt boende, eller
- kan uppvisa en förbättring i form av påbörjad vidareutbildning från undersköterska till sjuksköterska för befintlig personal, eller
- ökar antalet anställda specialistundersköterskor eller medicinskt ansvariga läkare (MAL)

## Socialstyrelsens beslut

Socialstyrelsen beviljade Upplands-Bro kommun 2 387 991 kronor i bidrag för sina prestationer 2021-2022. Statsbidraget är ett generellt medel och behöver ej återrapporteras. Det finns inte heller något krav på återbetalning.

## Ny process för generella statsbidrag

Beslut om att ansöka statsbidrag samt fördelning utav statsbidrag brukar fattas utav socialchef enligt Äldre- och omsorgsnämndens delegationsordning.

Upplands-Bro kommuns revisorer har tidigare haft synpunkter på att kommunorganisationen hanterat generella statsbidrag som riktade statsbidrag inom nämnderna. Generella statsbidrag, det vill säga statsbidrag som ej behöver återrapporteras eller återbetalas, ska enligt revisorerna numera tas upp som beslutsärenden hos berörd nämnd för vidare beredning och fastställande hos Kommunstyrelsen samt Kommunfullmäktige.



## Socialkontorets förslag på fördelning utav statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden

Socialstyrelsen beslutade den 29 juni 2023 att bevilja Upplands-Bro kommun 2 387 991 kronor i statsbidrag för prestationer som uppnåtts under perioden 2021-2022. Socialkontoret samlade in och samordnade de uppgifter som Socialstyrelsen efterfrågade ifrån de särskilda boendena inom kommunal regi samt Attendo som driver Hagtorp och Humana som driver Humana Lillsjö Badväg. Vardaga Silvertorget valde att ej delta.

Socialkontoret föreslår att fördelning utav statsbidraget sker utifrån de särskilda boendenas totala antal boendeplatser. Kommunens erhållna bidrag på 2 387 991 kronor delat i totalt antal platser (196) blir 12 183,63 kronor per plats.

Utförare	Antal platser	Beräkning	Fördelning i kronor
<b>Humana Lillsjö Badväg</b>	80	80 x 12 183,63 = 974 690	<b>974 690</b>
<b>Attendo Hagtorp</b>	36	36 x 12 183,63 = 438 611	<b>438 611</b>
<b>Norrgården</b>	48	48 x 12 183,63 = 584 814	<b>584 814</b>
<b>Kungsgården</b>	32	32 x 12 183,63 = 389 876	<b>389 876</b>
<b>Summa</b>	196	2 387 991	<b>2 387 991</b>

Enligt socialkontorets förslag på fördelning tilldelas Humana Lillsjö Badväg 974 690 kronor, Attendo Hagtorp 438 611 kronor, Norrgården 584 814 kronor och Kungsgården 389 876 kronor. Då statsbidraget är ett generellt medel och ej behöver återrapporteras så finns det inte heller något krav på återbetalning ifrån Socialstyrelsen.

Socialkontoret kommer dock att kräva in en återredovisning utav respektive utförare under våren 2024 för att säkerställa att statsbidraget har använts enligt dess intention att öka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden.

Socialkontorets återredovisning sker som en del utav Upplands-Bro kommuns arbete med att förebygga och förhindra välfärdsbrott. Återredovisningen kommer att redovisas för Äldre- och omsorgsnämnden samt anmälas till Kommunstyrelsen och Kommunfullmäktige för kännedom.



## Barnperspektiv

Statsbidrag till att öka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden gynnar de barn och unga som är anhöriga till de äldre som bor på de särskilda boendena och som är behov utav hälso- och sjukvårdspersonal.

## Socialkontoret

Mitra Ghannad

Socialchef

Mirjam Brocknäs

Tf avdelningschef äldre- och  
omsorgsavdelningen

## Bilaga

1. Bilaga - Socialstyrelsens beslut om statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden den 29 juni 2023

## Beslut sänds till

- Berörda enhetschefer/verksamhetschefer genom utredare Stina Forsberg
- Kommunstyrelsen
- Kommunfullmäktige
- Kommunens revisorer

Behörighet och statsbidrag



Upplands-Bro kommun  
ATTN: Stina Forsberg

## Beslut om statsbidrag för prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden

### Beslut

Socialstyrelsen beslutar att bevilja Upplands-Bro kommun 2387991 kronor i statsbidrag för prestationer som uppnåtts under perioden 2021-2022.

### Reglering

Statsbidraget fördelas utifrån regeringsbeslut med diarienummer S2021/04603 (delvis) samt Socialstyrelsens anvisningar för bidraget med diarienummer 9.1-14701/2022.

### Skäl till beslutet

Upplands-Bro kommun har senast den 1 oktober 2022 anmält intresse för statsbidraget och därefter senast den 31 januari 2023 rapporterat in följande data:

Data	Värde
Antal sjuksköterskor på särskilt boende år 2021	7
Antal platser/bostäder år 2021	170
Antal sjuksköterskor på särskilt boende år 2022	7
Antal platser/bostäder år 2022	193
Antal undersköterskor som påbörjat utbildning till sjuksköterska år 2021	1
Antal undersköterskor som påbörjat utbildning till sjuksköterska år 2022	1
Antal undersköterskor som var anställda år 2020	136
Antal undersköterskor som var anställda år 2021	146
Antal undersköterskor som var anställda år 2022	140
Antal specialistundersköterskor som var anställda år 2021	0
Antal specialistundersköterskor som var anställda år 2022	2
Antal medicinskt ansvariga läkare (MAL) som var anställda år 2021	2
Antal medicinskt ansvariga läkare (MAL) som var anställda år 2022	2

Baserat på dessa data har Socialstyrelsen beräknat att ni uppfyllt villkor inom statsbidraget.

Er ursprungliga fördelning i den fördelningsnyckel som bifogades regeringsuppdraget var 1887318 kronor.

Efter omfördelning från kommuner som inte lämnat in data alternativt inte uppnått något villkor tilldelas ni 2387991 kronor.





SOCIALSTYRELSEN

2023-06-29

### **Utbetalning**

Statsbidraget betalas ut som engångsbelopp till angivet bank-giro/plusgironummer. Medlen disponeras som generella medel och betalas ut senast under augusti månad.

### **Kontakt**

Vid kontakt med Socialstyrelsen, vänligen ange diarienummer 9.1-30722/2022. Har ni frågor om beslutet? Vänligen kontakta [REDACTED]

### **Överklagan**

Beslutet får inte överklagas i enlighet med 26 § i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

### **Handläggning och beslutsfattare**

Beslut i detta ärende har fattats av avdelningschefen [REDACTED]. I den slutgiltiga handläggningen har enhetschef Stina Isaksson deltagit. Utredaren [REDACTED] har varit föredragande.

Enligt Socialstyrelsens beslut

[REDACTED]



Stina Forsberg

Datum

2023-06-19

Vår beteckning

ÄON 23/0088

Er beteckning

Socialkontoret

Äldre- och omsorgsnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Svar på ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna - parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

### Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets svar på ledamotsinitiativet parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar ifrån den 29 maj 2023.

### Sammanfattning

Den 29 maj 2023 inkom ett ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna genom Kerstin Ahlin (S) gällande parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar. I korthet handlar ledamotsinitiativet om att införa parkeringstillstånd till hemtjänstens bilar. I Upplands-Bro kommun finns idag möjligheten för hemtjänstutförare att ansöka om nyttoparkeringstillstånd. Det är upp till varje chef att göra en bedömning om nyttoparkeringstillstånd är ekonomiskt motiverat utifrån kostnads – och resursnyttande. En avgift på 1000 kronor/12 månadsperiod tas ut för beviljat nyttoparkeringskort. I dagsläget är det endast hemtjänsten i kommunal regi som nyttjat denna möjlighet.

Socialkontoret anser vidare att frågan om parkeringsböter är en komplex. Utifrån konkurrensregler och likställighetsprincipen behöver skulden kommunen behöva ta fram ett kompensationsystem avseende felparkeringar för samtliga verksamheter inom LOV, inklusive privata hemtjänstutförare. Socialkontoret bedömer att ett sådant kompensationsystem skulle ge incitament att öka felparkeringar.

I socialtjänstlagen framgår det att insatser inom socialtjänsten ska vara en god kvalitet, därmed ska även den äldreomsorg som bedrivs vara av god kvalitet. Utifrån ledamotsinitiativets intention ska socialkontoret lyfta frågan om parkering och nyttoparkeringstillstånd på ett LOV-möte under hösten 2023, på LOV-mötena deltar representanter ifrån samtliga hemtjänstutförare i Upplands-Bro kommun. Samtliga hemtjänstutförare påpekar att parkering är ett stressmoment hos personalen. De privata utförarna efterfrågade även mer information om hur de ansöker om nyttoparkeringstillstånd. Socialkontoret vill med denna informationsinsats öka kvaliteten jämfört kund genom att minska stressmomenten gällande parkering hos personalen.



## Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 19 juni 2023
- Bilaga 1 - protokollsutdrag från Äldre- och omsorgsnämndens sammanträde den 29 maj 2023
- Bilaga 2- ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna - parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar den 29 maj 2023

## Ärendet

Den 29 maj 2023 inkom ett ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna genom Kerstin Ahlin (S) gällande parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar. I korthet handlar ledamotsinitiativet om att införa parkeringstillstånd till hemtjänstens bilar. Ledamotsinitiativtagaren för fram att det tidigare har funnits parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar i kommunen, och genom att införa detta på nytt, kan Äldre- och omsorgsnämnden minska den stress som uppstår hos personalen när de är hos en brukare och behöver ordna med ny parkering. Vidare så lyfter ledamotsinitiativet att hemtjänstpersonalen får betala eventuella parkeringsböter själva och att detta rimmar illa, då kommunens politiker i dagsläget får ersättning för sina parkeringsavgifter när de har möten. Socialdemokraterna vill att socialkontoret skyndsamt tar tag i frågan om att få till parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar med den nämnd eller tillsyningsenhet som handhar dessa frågor. Ledamotsinitiativet går att läsa i sin helhet i bilaga 2.

Äldre- och omsorgsnämnden beslutade på sitt sammanträde den 29 maj 2023 § 39 att skicka ledamotsinitiativet till socialkontoret för fortsatt beredning.

Socialkontoret har tagit kontakt med tekniska kontoret och som är den enhet inom kommunen som handhar frågor kring parkering och parkeringstillstånd, under beredningen utav ärendet. Kontoret har även skickat ut frågor till samtliga hemtjänstutförare inom både kommunal regi såväl privat regi, för att ta del utav verksamheternas upplevelse, om vad som fungerar bra samt vad som kan förbättras gällande parkering i Upplands-Bro kommun.

## Parkeringstillstånd i Upplands-Bro kommun

Parkeringstillstånd är ett samlingsbegrepp för olika tillstånd att parkera. Inom detta begrepp ryms bland annat nyttoparkeringstillstånd, parkeringstillstånd för rörelsehindrade samt boendeparkering.

I Upplands-Bro kommun är nyttoparkeringstillstånd det tillstånd som ger fordon tillåtelse att parkera tre timmar i följd på markerade bilplatser oavsett om maxtidens längd är kortare än 3 timmar, dock inte på platser med 10–30 minuters maxtid. Nyttoparkeringstillståndet ger även innehavaren rätt till två timmars uppställning i följd på plats där det råder parkeringsförbud enligt lokal trafikföreskrift (LTF).



Tillståndet ska alltid användas tillsammans med parkeringsskiva, som utvisar parkeringstidens början.

Det är trafikförordningen 13 kap. 4 § andra stycket som gör att kommunen får medge undantag från lokal trafikföreskrift om parkering för näringsidkare och andra med särskilda behov av att parkera i arbetet om det behövs för att underlätta för dem att parkera där. Nyttoparkeringstillstånd är tidsbegränsade till ett år i Upplands-Bro kommun, men det finns även möjlighet att söka tillstånd som gäller en månad. Tillståndet gäller endast på gatumark. Gatumark ägs av en kommun och består mest utav gator, trottoarer, parker och närliggande ytor.

Det finns även undantag där nyttoparkeringstillståndet inte gäller till exempel på plats där det råder stoppförbud eller i så kallade sträckzoner som vänd-, last- och taxi zon samt på- och avstigningszon på parkeringsplats reserverad för visst slag av fordon, exempelvis p-plats för rörelsehindrad.

#### Behöriga att erhålla nyttoparkeringstillstånd och taxa

Nyttoparkeringstillstånd är avsett endast för näringsidkare, såväl privata som offentliga, och serviceföretag, som måste ha tillgång till fordonet nära arbetsplatsen för att kunna utföra sitt arbete. En avgift på 1000 kronor/12 månadsperiod tas ut för beviljat nyttoparkeringskort.

Nedanstående är exempel ifrån Upplands-Bro kommuns hemsida på behöriga för att erhålla nyttoparkeringstillstånd:

- fordonet är fast inrett till arbetsplats för installation eller reparation av fast eller lös egendom
- fordonet är nödvändigt för transport och förvaring av tyngre verktyg och/eller material
- fordonet används för budsändning i stor omfattning
- fordonet används för transport av tyngre och/eller ekonomiskt värdefullt gods
- fordonet nyttjas i yrkesmässig trafik för transport av gods enligt yrkestrafiklagen
- fordon nyttjas för arbetsledning, inspektion och/eller för sådana ändamål att begreppet "nyttotrafik" kan anses vara uppfyllt
- fordonet används i akut eller annan uppsökande verksamhet inom det sociala eller i sjukvårdande verksamhetsområdet.

#### Parkeringstillstånd på tomtmark

Nyttoparkeringstillstånd gäller endast på gatumark. All mark som inte är gatumark kallas tomtmark, och den ägs i sin tur av privata, kommunala eller statliga bolag. Det är upp till den som äger tomtmarken att själv bestämma om



det är tillåtet att parkera på tomtmarken och om det till exempel kostar att parkera, krävs p-skiva eller ett särskilt tillstånd. I Upplands-Bro kommun finns till exempel flertalet bostadsrättsföreningar som utförarna kan söka parkeringstillstånd hos.

## Hur fungerar parkering utav bilar inom hemtjänsten idag?

Upplands-Bro kommun har LOV inom hemtjänsten. I kommunen finns hemtjänst i kommunal regi, som är uppdelad i enheterna Bro och Kungsängen, samt de privata utförarna Destinys Care och Proffssystem. Socialkontoret har skickat ut frågor till samtliga utförare för att ta reda på hur det fungerar idag med parkering inom deras verksamheter.

Hemtjänsten i kommunal regi har totalt åtta bilar, fyra i Bro och fyra i Kungsängen. Destinys Care har i sin tur 18 bilar och Proffssystem har fem bilar. De privata utförarnas personal använder sig utav bilarna i mellan kl. 07.00 och 22.00. Bilarna i kommunal regi används dygnet runt då kommunen ansvarar för nattpatrullen.

Hemtjänsten i kommunal regi är den enda utföraren idag som har ansökt och beviljats nyttoparkeringstillstånd. Personalen inom hemtjänsten i kommunal regi parkerar därför i så stor utsträckning som möjligt på kommunens mark, där de står gratis. Verksamheterna upplever att det fungerar bra med nyttoparkeringstillstånd på gatumark men att det är många av deras kunder som bor i bostadsrätter, där personalen behöver stå på tomtmark. De privata utförarna inom hemtjänsten uppger att de saknar både information och kunskap hur de ansöker om nyttoparkeringstillstånd.

Destinys Care har ansökt om och erhållit om några få parkeringstillstånd från bostadsrättsföreningar, till exempel Tallrisvägen. Hemtjänsten i kommunal regi har hört av sig om parkeringstillstånd till bostadsrättsföreningar men upplever att de inte har fått ett bra gensvar.

Rutin kring betalning av parkering ser liknande ut hos hemtjänsten i kommunal regi samt hos Destinys Care, där personal får lägga ut och betala för parkering själv och lämna in kvitton. Arbetsgivaren lägger sedan in parkeringen som utlägg på nästkommande lön. Inom Proffssystem använder sig personalen av en app där fakturan betalas utav arbetsgivaren. Personal hos samtliga utförare får betala parkeringsböter själva.

Gällande parkering och om personalen upplever en stress kring detta under sin arbetsdag, så uppger samtliga utförare att parkering är ett stressmoment. Problematiken ligger oftast i att hitta en lämplig parkeringsplats i anslutning till kundens bostad. Om det inte finns en ledig parkering i närheten, behöver personalen gå en bra bit för att komma till kunden, vilket är tidskrävande. Om personalen dessutom har med sig tunga kassar av inköpt mat och tvätt till kunden, så medför en promenad att det blir opraktiskt och tungt för personalen att bära, vilket kan bli en arbetsmiljöfråga.



## Socialkontorets svar på ledamotsinitiativ parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

I Upplands-Bro kommun finns idag möjligheten för hemtjänstutförare att ansöka om nyttoparkeringstillstånd. Det är upp till varje chef att göra en bedömning om verksamheten ska ansöka om ett tillstånd och om det är ekonomiskt motiverat utifrån kostnads – och resursnyttande. I dagsläget är det endast hemtjänsten i kommunal regi som nyttjat denna möjlighet. De privata utförarna inom hemtjänsten uppger att de saknar både information och kunskap hur de ansöker om nyttoparkeringstillstånd. Socialkontoret föreslår därför att tekniska kontoret förtydligar nedanstående punkt i ansökan för nyttoparkeringstillstånd på kommunens hemsida att det även gäller hemtjänstutförare:

- fordonet används i akut eller annan uppsökande verksamhet inom det sociala eller i sjukvårdande verksamhetsområdet.

Nyttoparkeringstillståndet gäller dock bara på gatumark och inte tomtmark. Det är som sagt upp till respektive bostadsrättsförening eller samfällighet att själva bestämma om parkeringen och vilka regler som gäller på tomtmark. parkeringstillstånd Överträdelse på tomtmark behandlas enligt lagen om kontrollavgift vid olovlig parkering. Socialkontoret anser att det vore en omöjlighet att upprätta separata avtal gällande parkering med samtliga privata, kommunala eller statliga bolag i kommunen åt hemtjänstutförarnas vägnar. Det ligger såldes även här på respektive chef att göra en bedömning om verksamheterna ska ansöka om på tomtmark eller ej.

Enligt de uppgifter som hemtjänstutförarna har gett socialkontoret behöver ingen personal själva betala för den parkering som används inom yrkesutövandet. Personalen får dock inom den kommunala hemtjänsten i kommunal regi samt inom Destinys Care lägga ut för parkeringskostnaderna, vilket kommer som utlägg på nästkommande lön. Inom Proffssystemen betalar företaget den faktura som parkeringsbolaget skickar ut.

Socialkontoret anser att frågan om parkeringsböter är en komplex. Utifrån konkurrensregler och likställighetsprincipen skulle kommunen behöva bygga upp ett kompensationssystem avseende felparkeringar för samtliga verksamheter inom LOV, inklusive privata hemtjänstutförare. Socialkontoret bedömer att ett sådant kompensationssystem skulle ge incitament att öka felparkeringar.

I socialtjänstlagen framgår det att insatser inom socialtjänsten ska vara en god kvalitet, därmed ska även den äldreomsorg som bedrivs vara av god kvalitet. Utifrån ledamotsinitiativets intention ska socialkontoret lyfta frågan om parkering och nyttoparkeringstillstånd på ett LOV-möte under hösten 2023. Samtliga hemtjänstutförare anser att parkering bidrar till ett stressmoment hos sin personal. De privata utförarna efterfrågar även mer information om hur de ansöker nyttoparkeringstillstånd. På LOV-mötena deltar representanter ifrån



samtliga hemtjänstutförare i Upplands-Bro kommun. Socialkontoret vill med denna informationsinsats öka kvaliteten jämt mot kund genom att minska stressmomenten gällande parkering hos personalen.

## Barnperspektiv

Barn kan ha rätt till hemtjänst. Det är då av stor vikt att alltid beakta barnperspektivet och att barnet alltid känner sig delaktigt i de insatser som utförs.

## Socialkontoret

Mitra Ghannad

Socialchef

Mirjam Brocknäs

Tf. avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen.

## Bilagor

1. Bilaga 1 - protokollsutdrag från Äldre- och omsorgsnämndens sammanträde den 29 maj 2023
2. Bilaga 2- ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna - parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar den 29 maj 2023

## Beslut sänds till

- Ledamotsinitiativtagen



Äldre- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum:  
2023-05-29

## § 39 Ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna – parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

*Dnr ÄON 23/0088*

### Beslut

Äldre- och omsorgsnämnden beslutar att skicka ledamotsinitiativet till socialkontoret för fortsatt beredning.

### Sammanfattning

Den 29 maj 2023 inkom ett ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna genom Kerstin Ahlin (S) med följande innehåll:

”Personal inom hemtjänst kör ibland kommunens bilar för att hinna mellan alla de som är i behov av hemtjänst. Det är bra, det är nämndens uppdrag.

Vad som däremot inte är bra att eventuella parkeringsavgifter får personalen betala själva. Det kan ju vem som helst av oss räkna ut att det inte är roligt att ta pengar ur egen ficka för att kunna utföra jobbet. Om man dessutom betänker att vi politiker får ersättning för våra parkeringsavgifter som vi har när vi är på möten, så rimmar det illa.

Sen finns nästa scenario. På parkeringen som är närmast den som hemtjänstpersonalen ska hjälpa finns gratis parkering..... i 15 minuter! Hur känns det för den person som blir lämnad i duschen, för personalen måste till parkeringen för att undvika parkeringsböter?

Detta är verklighet idag!

Det måste vi som nämnd råda bot på!!

Vi vill väl vara en god arbetsgivare?

Vi Socialdemokrater vill att kontoret skyndsamt tar tag i frågan om att få till parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar med den nämnd eller tillsyningsenhet som handhar dessa frågor. Det har funnits parkeringstillstånd för kommunens bilar förut. Det måste bli så igen!”

### Beslutsunderlag

- Ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna – parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar





Äldre- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum:  
2023-05-29

### Initiativrättstagarens förslag till beslut

Socialdemokraterna i Upplands-Bro kommun föreslår att kontoret skyndsamt tar tag i frågan om att få till parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar med den nämnd eller tillsyningsenhet som handhar dessa frågor.

### Förslag till beslut på sammanträdet

Anders Åkerlind (M) yrkar för att ledamotsinitiativet ska skickas till socialkontoret för vidare beredning.

Thomas Avén (V) yrkar bifall till Kerstin Ahlins (S) förslag till beslut.

### Beslutsgång

Ordföranden finner att det finns två förslag till beslut, initiativrättstagarens förslag till beslut samt Anders Åkerlinds (M) förslag till beslut. Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att äldre- och omsorgsnämnden beslutar i enlighet med Anders Åkerlinds (M) förslag till beslut.

Beslutet skickas till:

- Initiativrättstagaren
- Socialchefen

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



Kommunledningskontoret

Märta Westerberg

Kanslienheten

Marta.Westerberg@upplands-bro.se

Datum

2023-05-29

Vår beteckning

ÄON 23/0088

Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

## Ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna - parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

### Förslag till beslut

Socialdemokraterna i Upplands-Bro kommun föreslår att kontoret skyndsamt tar tag i frågan om att få till parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar med den nämnd eller tillsyningsenhet som handhar dessa frågor.

### Sammanfattning

Den 29 maj 2023 inkom ett ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna genom Kerstin Ahlin (S) med följande innehåll:

”Personal inom hemtjänst kör ibland kommunens bilar för att hinna mellan alla de som är i behov av hemtjänst. Det är bra, det är nämndens uppdrag.

Vad som däremot inte är bra att eventuella parkeringsavgifter får personalen betala själva. Det kan ju vem som helst av oss räkna ut att det inte är roligt att ta pengar ur egen ficka för att kunna utföra jobbet. Om man dessutom betänker att vi politiker får ersättning för våra parkeringsavgifter som vi har när vi är på möten, så rimmar det illa.

Sen finns nästa scenario. På parkeringen som är närmast den som hemtjänstpersonalen ska hjälpa finns gratis parkering.... i 15 minuter! Hur känns det för den person som blir lämnad i duschen, för personalen måste till parkeringen för att undvika parkeringsböter?

Detta är verklighet idag!

Det måste vi som nämnd råda bot på!!

Vi vill väl vara en god arbetsgivare?

Vi Socialdemokrater vill att kontoret skyndsamt tar tag i frågan om att få till parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar med den nämnd eller tillsyningsenhet som handhar dessa frågor. Det har funnits parkeringstillstånd för kommunens bilar förut. Det måste bli så igen!”



Kommunledningskontoret

### Beslutsunderlag

- Ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna – parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

### Bilagor

1. Ledamotsinitiativ från Socialdemokraterna – parkeringstillstånd för hemtjänstens bilar

### Beslut sänds till

- Initiativrättstagaren
- Socialchefen



Marita Lindell-Jansson

Datum

2023-05-11

Vår beteckning

ÄON 23/0018

Er beteckning

Socialkontoret

Äldre- och omsorgsnämnden

marita.lindell-jansson@upplands-bro.se

## Patientsäkerhetsberättelse 2022

### Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden godkänner rapport Patientsäkerhetsberättelse kommunal regi 2022
2. Äldre- och omsorgsnämnden godkänner rapport Patientsäkerhetsberättelse Hagtorp Attendo 2022
3. Äldre- och omsorgsnämnden godkänner rapport Patientsäkerhetsberättelse Lillsjö Badväg Humana 2022
4. Äldre- och omsorgsnämnden godkänner rapport Patientsäkerhetsberättelse Villa Silvertorget Vardaga 2022

### Sammanfattning

Varje vårdgivare ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Vårdgivare har ett ansvar för att bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är såväl systematiskt som förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår i samband med vård och behandling. Vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av densamma.

Även under år 2022 har patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna präglats av att fokusera på att försöka förhindra risk för smittspridning av covid-19. Detta har medfört att till viss del har planerade åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet även under år 2022 fått prioriteras bort och stå tillbaka för de prioriteringar som pandemin krävt.

Sammanfattningsvis är bedömningen att verksamheterna har hanterat patientsäkerheten väl trots den belastning och det ansträngda läge som pandemin fortsatt att medföra under år 2022.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 2023-05-11



- Bil 1. Patientsäkerhetsberättelse egenregi 2022
- Bil 1.1 Patientsäkerhetsberättelse Norrgården 2022
- Bil 1.2 Patientsäkerhetsberättelse Kungsgården 2022
- Bil 1.3 Patientsäkerhetsberättelse Servicehus 2022
- Bil 1.4 Patientsäkerhetsberättelse Dagverksamhet demens Solrosen, Kvistaberg 2022
- Bil 2 Patientsäkerhetsberättelse Hagtorp Attendo 2022
- Bil 3 Patientsäkerhetsberättelse Lillsjö Badväg Humana 2022
- Bil 4 Patientsäkerhetsberättelse Villa Silvertorget Vardaga 2022

## Ärendet

I enlighet med Patientsäkerhetslagen har patientsäkerhetsberättelser för år 2022 upprättats av samtliga vårdgivare i kommunal regi samt av verksamheter med avtal. Rapporten ”Patientsäkerhetsberättelse kommunal regi 2022” är dock nämndövergripande.

Patientsäkerhetsarbetet har under år 2022 i likhet med de två föregående åren i hög grad präglats av att fokusera på att försöka förhindra och minska risk för smittspridning av covid-19. Detta har inneburit att planerade åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet åter har fått nedprioriterats för att stå tillbaka för de prioriteringar som pandemin har krävt.

Trots detta har vård- och omsorgspersonal till viss del kunnat ta del av vissa kompetenshöjande insatser med stöd av stimulansmedel inom ramen för God och Nära Vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Medicinteknisk utrustning har även införskaffats för nämnda stimulansmedel som säkerställer ett patientsäkert och snabbare övertagande av patienter i ett tidigare skede med ett större och mer avancerat vårdbehov.

I samma syfte har ett pilotprojekt gällande klinisk färdighetsträning i ett kliniskt träningscentrum (KTC) för sjuksköterskor planerats under 2022 tillsammans med Järfälla kommun, Jacobbergs sjukhus med stöd av FOUnu samt Storsthlm. Projektstart planerades till 2023. Utgångspunkten är att sjuksköterskor inom såväl kommunal hälso- och sjukvård, geriatrik samt primärvård ska kunna träna tillsammans och samtidigt stärka samverkan oberoende av huvudman eller vårdgivare.

## Barnperspektiv

Ärendet bedöms inte ha någon särskild påverkan på barnperspektivet.





# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

230301 [REDACTED]

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Informationssäkerhet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Sammanställning och analys	11
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



---

## Sammanfattning

*I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap 10 § är vård- och omsorgsgivaren skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av densamma.*

Verksamheten har under hela året följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer kring Covid-19. Rekommendationerna är även kommunicerade med patienternas närstående, där det finns en stor förståelse och respekt kring rekommendationerna.

Verksamheten har arbetat mycket med syftet av avvikelshantering och dess process, från händelse till APT. Medarbetarna har varit delaktiga i diskussioner kring avvikelserna och därigenom har nya rutiner vuxit fram.

Teamet är delaktiga i bedömningarna för kvalitetsregistreringar och eventuella åtgärder arbetas fram tillsammans.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är sedan årsskiftet organiserade under enhetschefen, ett steg i att minska avståndet mellan hälso- och sjukvård och omsorg. Samarbetet med läkarorganisationen har varit väl fungerande och medicinska vårdplaneringar har genomförts på samtliga patienter och eventuella närstående har bjudits in till dessa.

Vidare har verksamheten bjudit in till välkomstsamtal vid inflyttning där patienten och dess eventuella närstående, patientansvarig sjuksköterska, kontaktman och samordnare träffas för information och eventuella frågor.

Under 2022 har arbetet med ombud inom olika ansvarsområden påbörjats. Ett arbete som ska hållas levande och vidareutvecklas under 2023.

## Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens mål är:

- Att genom strukturerat arbete, analys och förebyggande åtgärder ständigt utveckla verksamheten
- Att genom delaktighet och samverkan med våra patienter, närstående och andra vårdgivare säkerställa en god kvalitet i verksamheten
- Att genom ständig utveckling finna nya metoder som kan bidra till patientsäkerheten
- Att tydliggöra rapportskyldighet och ansvar hos personalen för att identifiera förbättringsområden
- Att ständigt verka för personalens utveckling genom utbildning

Verksamhetens förebyggande strategier är bland annat att arbeta aktivt med:

- Avvikelsehantering
- Synpunkter och klagomål
- Riskbedömningar
- Olika skattningsinstrument, kvalitetsindikatorer och nationella register, såsom palliativa, beteendemässiga och förebyggande kring fall och nutrition
- Att möjliggöra för fortbildning

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Verksamhetschefs ansvar

Avdelningschefen för Utföraravdelningen har under 2022 tillika verkat som verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dennes ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar bland annat för

- Att patienter får den hälso- och sjukvård som läkare har förordnat om
- Att delegeringar gällande medicinska arbetsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Att kontakt tas med sjuksköterska eller läkare vid behov
- Att journalföring sker enligt patientdatalagens (2008:355) föreskrifter

### Enhetschef

Enhetschef (EC) har under 2022 varit underställd utföraravdelningens avdelningschef och haft ett direkt ledningsansvar i sin verksamhet. Ansvaret omfattar

- Medarbetarnas kompetens
- Att rutiner och riktlinjer följs
- Att gällande regelverk är känt av samtliga medarbetare

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad personal har under 2022 varit underställda enhetens chefer, där Norrgårdens biträdande enhetschef (BEC) är legitimerad sjuksköterska. Sjuksköterskorna har ett nära samarbete med läkare från organisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Den legitimerade personalen är ansvarig för att säkerställa att en god och säker vård utförs och att delegerad omsorgspersonal förstår vikten av sitt uppdrag och följer gällande lagar och regler.

### **Omsorgspersonal**

Omsorgspersonalen består huvudsakligen av undersköterskor och till viss del vårdbiträden. För att bidra till en hög patientsäkerhet ansvarar de för att följa verksamhetens rutiner samt rapportera avvikelser, risker och tillbud. Omsorgspersonalen får genom delegering utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter och ska därmed följa de instruktioner som givits av legitimerad personal.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

När en medarbetare får kännedom om, eller är delaktig i en situation som är avvikande, skall en avvikelserapport skrivas och lämnas till biträdande enhetschef. Om avvikelserapporten är av sådan karaktär att åtgärd behöver ske omedelbart, kontaktas den legitimerade personalen omgående.

Avvikelse lyfts upp på ledningsmöte en gång i veckan och fördelas till ansvarig. Läkemedelsavvikelse lämnas till sjuksköterska, fallavvikelse lämnas till sjukgymnast/fysioterapeut och övriga avvikelser, klagomål och förbättringsförslag fördelas till EC, BEC eller samordnare beroende på avvikelser/klagomålets/förbättringsförslagets karaktär.

När avvikelse gällande läkemedel inkommer utreder sjuksköterskan vad som hänt och hur det kunnat ske, samt allvarlighetsgraden av händelsen. Samtal sker individuellt med berörda medarbetare. Under 2022 har inga delegeringar återkallats.

När risk för fall föreligger diskuteras förebyggande åtgärder i forum "Teammöten". När ett fall har skett klassificeras dessa utifrån "fall utan skada", "mindre fallskada", "antal frakturer" och "annan svårare fallskada". Alla inkomna avvikelser analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder så situationen inte inträffar igen.

Bearbetade avvikelser/klagomål/förbättringsförslag kommer tillbaka till ledningsmötet. På kvalitetsrådet går kvalitetsombuden igenom avvikelserna/klagomålen/förbättringsförslagen som är bearbetade för att arbeta

fram hållbara strategier för att undvika upprepning av händelse. Därefter redovisar kvalitetsombuden vad de kommit fram till på APT.

Riskbedömningar rörande nutrition, fall, trycksår och munhälsa genomförs, analyseras och dokumenteras tillsammans med beslutade åtgärder i Procapita HSL- journal och delges omsorgspersonalen. Dessa riskbedömningar registreras även i nationella registret Senior Alert, under förutsättning av den enskilde har lämnat samtycke.

Flertalet dödsfall som skett på boendet registreras i Svenska Palliativ-registret utifrån ett antal parametrar kring den avlidnes sista levnadsvecka. Resultaten från kvalitetsregistreringar kan användas i den egna verksamheten för att utveckla den palliativa vården och vården i livets slutskede ytterligare. Detta är ett område där de palliativa ombuden tillsammans med HSL-personal behöver lägga ytterligare fokus på under 2023.

Kvalitetsuppföljningar utförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) årligen.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### **Pandemi**

Under 2022 har verksamheten fortsatt arbetet för att förhindra smittspridning av Covid-19. Provtagning vid misstanke utifrån symtom samt smittspårningar hos både patient och medarbetare har följts enligt gällande riktlinjer.

Verksamheten har följt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten för att minska att risken för att smitta kommer in på boendet. Information har gått ut till anhöriga om läget på boendet samt vädjan om att följa rekommendationerna när de vill besöka närstående. I största möjliga mån har en misstänkt eller bekräftad smittad patient varit i sin lägenhet. I de fall där detta inte varit möjligt har medarbetarna ökat spritningen av tag-tytor.

Ledningen på Norrgården har arbetat aktivt med att ordna vikarier, för att säkerställa patientsäkerheten när personal själva insjuknat i Covid eller inte kunnat tjänstgöra vid förkylningssymtom. Dock har detta varit mindre omfattande under 2022.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten har under året fokuserat på fler individuella träningar än gruppträningar, för att minimera risken av smittspridning.

Lyft- och förflyttningstekniksutbildning för sommarvikarier utfördes av det externa företaget Säker Senior, med paramedicinare anställda i kommunen som observatörer.

I december månad bokade vi in en hygienrond med en hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm, för att genomföra en allmän översyn av våra lokaler. Ronden protokollfördes av hygiensjuksköterskan. Protokollet kommer att användas som utgångspunkt i kommande års arbete, för att nyttja våra lokaler maximalt med hygienaspekter i fokus.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

För att följa upp och säkerställa verksamhetens kvalitet, har verksamheten utfört regelbundna egenkontroller.

Rollen som ombud kommer att stärkas under 2023.

### Dokumentationsombud

- Innehåll i samtliga genomförandeplaner är granskade under året. Ett större arbete genomfördes för att genomförandeplanerna skulle mer innehållsrika. Detta arbete kommer fortsätta under 2023.

### Hygienombud

- Självskattningar är utförda två gånger/år i samband med APT samt vid hygienrond
- Flertalet ordinarie medarbetare har utfört digital utbildning i basala hygienrutiner och lämnat diplom på godkänt resultat

### Kostombud och samordnare

- Under senare halvan av 2022 har kostombuden varit delaktiga i den livsmedelsbeställning som ska göras varje vecka. Inventering av vad individerna som bor på respektive avdelning tycker om att äta och vad som därmed behöver finnas hemma i skafferiet, kyl och frys.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

- Årlig besiktning av vårdsängar och liftar är utförd och godkänd
- Mätning av nattfasta är utförd en gång under 2022

### Brandskyddsombud och samordnare

- Fysisk brandskyddsronde sker varje månad i verksamheten

### Larmombud och samordnare

- Individanpassade larm är kontrollerade en gång/månad
- Byte av larmoperatör skedde under andra halvan av året

### Övrigt

- Egenkontroll av kylar, frysar, varor och uppvärmning sker dagligen i varje serveringskök
- Kvalitetsråd har genomförts vid två tillfällen
- Boenderåd har hållits tre gånger under första halvåret. Under andra halvåret blev upplägget ett annat. Varannan månad är kost- och

boenderåd i storgrupp och varannan månad är kost- och boenderådet ”hemma-hos”. Detta för att säkerställa att alla får säga sitt, även om individen inte kan eller vill vara med i storgrupp.

### **Medicintekniska hjälpmedel och produkter**

Arbetsterapeut och fysioterapeut har ansvaret för att besiktningar och kontroller görs av individuella och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. En ”Hjälpmedelsmodul” finns i Procapita HSL-journal för att ha god översikt över alla hjälpmedel.

### **Svenska Palliativregistret**

Sjuksköterskorna registrerar, i samråd med övriga teamet, i palliativa registret utifrån fastställda indikatorer. Dessa indikatorer beskriver kvaliteten den sista levnadsveckan för de som avlidit i verksamheten.

### **Senior Alert kvalitetsregister**

Teamet samverkar kring registret Senior Alert, som är ett verktyg för att stödja vårdprevention och prevention för äldre personer. Indikatorer som lyfts är risken för att falla, risken för att trycksår uppstår, risken för att ofrivilligt minska i vikt och risk för att utveckla ohälsa i munnen.

### **BPSD-registret**

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom. Syfte och mål med registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder försöka minska förekomsten av symtom relaterade till demenssjukdomen och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för individen.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Morgonrapporter hålls varje dag, där sjuksköterska deltar om möjligt och informerar vid behov.

Team-möten mellan sjuksköterska, omsorgspersonal och paramedicinare sker varannan vecka för varje avdelning.

Samverkan mellan enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare sker varje vecka för att stämma av veckan och inkomna avvikelser.

Fördjupad läkemedelsgenomgång för enskild patient genomförs minst en gång/år i samverkan mellan läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal.

Information från exempelvis medicinskt ansvarig sjuksköterska skickas ut via mail till alla medarbetare att ta del av.

Information från hälso- och sjukvårdspersonal noteras alltid i avdelningens kalender och finns att läsa i patientens SoL-pärm.

Kvalitetsråd har hållits vid endast ett par tillfällen under 2022 då flera nyckelpersoner har saknats.

## Risikanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Risikanalys och händelseanalys är arbetsmetoder som utvecklats för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

Avvikelse skrivs när en patient i samband med vård och behandling har eller riskerat att drabbas av fysisk eller psykisk skada. Avvikelse åtgärdas i det akuta skedet, för att sedan tas upp i verksamhetens kvalitetsråd. Dessa används sedan till grund för riskanalyser och generella åtgärder.

Under andra halvan av året har avvikelserna hanterats på det sätt som beskrivs under punkten ”Struktur för uppföljning/utveckling”.

Verksamheten har under perioden gjort riskbedömningar, åtgärdat risker och rapporterat dessa på APT.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Varje medarbetare har sin personliga inloggning i de system som denne är behörig till. Beställning av inloggning sker genom kommunens behörighetsadministration och beställs hos systemadministratör. Samtycke för tillgång till patientens journaler hos andra vårdgivare samt för registrering i kvalitetsregister inhämtas hos varje patient.

Vid de tillfällen som skriftlig kommunikation kräver personuppgifter, används meddelandefunktionen i Life Care och Procapita. När information går ut via gruppmail till närstående används ”hemlig kopia” för att säkerställa att det inte går att härleda namn på närstående till någon patient.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings- skyldighet

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

### Avvikelse

Avvikelse som rapporteras till hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas och återkopplas till berörd medarbetare. Avvikelsen dokumenteras i Procapitas avvikelsemodul där även MAS och EC kan dokumentera den fortsatta handläggningen.

Allvarliga händelser som riskerat att medföra allvarlig patientskada eller har medfört allvarlig patientskada ska rapporteras till MAS, som i sin tur ansvarar för att utföra slutlig utredning och bedömning om eventuell Lex Maria-anmälan ska göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I händelse av sådan anmälan informerar MAS ansvarig politisk nämnd.

### **Delegeringar**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer utifrån enskild medarbetare om det finns förutsättning för att delegera hälso- och sjukvårdsuppgift till reellt kompetent omsorgspersonal. Detta utan att ge avkall på patientsäkerheten. När en delegerad arbetsuppgift missköts eller att delegerad omsorgspersonal inte följer givna instruktioner skall en delegering återkallas. Ingen delegering har återkallats under 2022.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter kan lämnas på olika sätt – muntligen, skriftligen och/eller digitalt.

Under år 2022 har verksamheten tagit emot två klagomål gällande rutiner vid behov av akut sjukvård för person med kognitiv sjukdom. Verksamheten har tack vare dessa klagomål sett över och upprättat en lokal rutin ”Boende till sjukhus”.

Det ena klagomålet gick vidare till Patientnämnden. Verksamheten har besvarat ärendet och inga kompletterande svar efterfrågades.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

I samband med inflyttning sker ett välkomstsamtal tillsammans med patienten och eventuellt närstående, med kontaktman, samordnare, patientansvarig sjuksköterska och paramedicinare. Kontaktman har kontinuerlig kontakt med anhöriga och varje månad skriver kontaktmannen en sammanfattning av månadens händelser.

Respektive ansvarig sjuksköterska ansvarar för både muntlig och skriftlig information om den kommunala hälso- och sjukvården till den enskilde patienten och eventuellt till dess närstående. I samband med inflyttning tas även samtycken in från patienten avseende bland annat informationsöverföring till annan vårdgivare och närstående samt registrering i olika kvalitetsregister.

Nästan varje månad har informationsbrev skrivits från verksamheten till närstående.



Boenderåd har hållits vid totalt åtta (8) tillfällen under 2022.

Anhörigträff har hållits vid ett tillfälle under året. Ytterligare en planerades men behövde ställas in på grund av Covid-smitta i verksamheten.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Verksamheten har regelbundet sammanställt, analyserat och åtgärdat alla avvikelser. Att antalet avvikelser har ökat generellt ser vi som något positivt. Vi har arbetat mycket kring vad som är en avvikelse och hur avvikelserna används för att öka kvaliteten i vår verksamhet.

I våra analyser har vi inte kunnat se några trender, däremot är en gemensam faktor att patienterna har blivit skörare och svårare sjuka vid inflyttning.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Antal fall:

114 stycken

Antal läkemedelsavvikelser:

34 stycken

Antal trycksår:

20 stycken

Utebliven insats:

3 stycken

Antal klagomål, synpunkter och förbättringsförslag:

40 stycken

Mätning av nattfasta är utförd en gång under år 2022. Resultatet visade att 50% av patienterna hade en nattfasta som översteg de 11 timmar som Socialstyrelsen rekommenderar. Flera patienter tackar nej till nattmål och vissa har även tillgång till frukt och snacks inne på sina rum och då har inte omsorgspersonalen möjlighet att kontrollera när patienten åt senast. Det är även patienter som har en längre nattfasta än rekommenderat som sover och inte vill bli väckta.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

- En stabil och kompetent HSL-grupp som kan handleda omsorgspersonal och utveckla teamarbetet för ökad patientsäkerhet
- Att ombud systematiskt genomför egenkontroller inom sitt område under hela året. Ombuden är inom:
  - kost
  - hygien
  - inkontinens
  - konst
  - kvalitets
  - BPSD
  - demens
  - brand
  - miljö
  - värdegrund
  - palliativ
  - larm
  - aktivitet
- Att tillgodose möjligheter för medarbetare att repetera kunskaper som finns digitalt
- Att i högre grad använda sig av resultaten framkomna ur kvalitetsregistren och därmed öka patientsäkerheten



# Patientsäkerhetsberättelse för Kungsgården Vård- och omsorgsboende

År 2022  
Kungsgården

Datum och ansvarig för innehållet  
2023-02-27

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Informationssäkerhet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Sammanställning och analys	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

På vård-och omsorgsboendet Kungsgården bor 32 brukare. Kungsgården har 16 platser för personer med demens och 16 somatik platser.

Året utmärks framför allt av utmaningen att bedriva en hög patientsäkerhet trots COVID 19.

Även om situationen har varit oerhört tufft för alla som arbetar på Kungsgården så har ledningen och personalen på Kungsgården lärt sig oerhört mycket för att säkerställa en bra kvalitet och patientsäkerheten. Se nedan några exempel:

- Man arbetar mer med digitala verktyg i högre grad.
- Vi har blivit ännu bättre på basal hygien och vi är säkra i användningen av skyddsutrustningen.
- Enheten har fått erfarenhet på testning och smittspårningen.
- Enheten har blivit mycket bättre på tydlig och förebyggande kommunikation.
- Det blev tydligt att det behövs nära ledarskap och samverkan.

Allt detta hjälper Kungsgården nu att bli ännu bättre i att möta andra sjukdomar som exempelvis vinterkräksjukan.

Att Kungsgården lyckades med detta bevisades genom att vid varje fall av Corona kunde vi begränsa smittan så att den inte spreds vidare till andra avdelningar.

Coronavirus och restriktionerna har varit en utmaning för alla och enheten fick reflektera över hanteringen av situationen hela tiden. Detta skedde i samråd med anhöriga, boenden, ledningen och personalen och MASen.

Vårdtagaren tillfrågas /erbjudas vaccination. All vaccination är frivillig. Vaccination med Covid-19 samt influensavaccination under året skett enligt plan och sjuksköterskan har planerat att utföra vaccination i samråd med patientansvarige läkaren på plats.

### Övergripande mål och strategier

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

På Kungsgården arbetar vi på bred front för att:

- Minska antalet vårdskador
- Införande av metoder och verktyg
- All personal ska erhålla ökat kunskap inom patientsäkerhet
- Att inte få in COVID 19 eller andra smittsamma sjukdomar

Kungsgårdens mål är att skapa en god och patientsäker vård. Genom att;

- arbeta förebyggande vad gäller fall, undernäring, trycksår, munhälsa samt andra riskområden som kan uppstå.
- med ett systematiskt kvalitetsarbete med att erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- alla anställda har kunskap om rapporteringsskyldigheten som en del av det systematiska förbättringsarbetet

### Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Så här arbetar vi på Kungsgården med ansvarsfördelningen:

- Enhetschef/verksamhetschef, biträdande chef, omsorgspersonalen och häls-och sjukvårdspersonal har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål.
- Enhetschefen som ytterst ansvarig för verksamheten svarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.
- Samtliga medarbetare i vår verksamhet har ansvar för att skriva avvikelser.
- Ledningen är ansvarig för att informera patienten om en vård skada inträffat.

### Enhetschefens ansvar

Enhetschefen har enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) verksamhetsansvar. Ansvaret omfattar att säkerställa att

---

patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Enhetschef har ett direkt ledningsansvar i sin verksamhet. Ansvaret har omfattat att personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov. Enhetschefen har överlåtit visat ledningsuppgifter inom häls- och sjukvård till en utsedd sjuksköterska.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar bl.a för att patienter får den hälso- och sjukvårdsläkare har förordnat om, att delegeringar gällande medicinska arbetsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten, att kontakt tas med sjuksköterska eller läkare vid behov.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) har även en biträdande MAS i Uppland-Bro kommun. Båda stödjer alltid Kungsgården för att säkerställa patientsäkerhet och kvaliteten i vården till den som bor på Kungsgården.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en sjukgymnast är anställda på Kungsgården.

### **Omsorgspersonal**

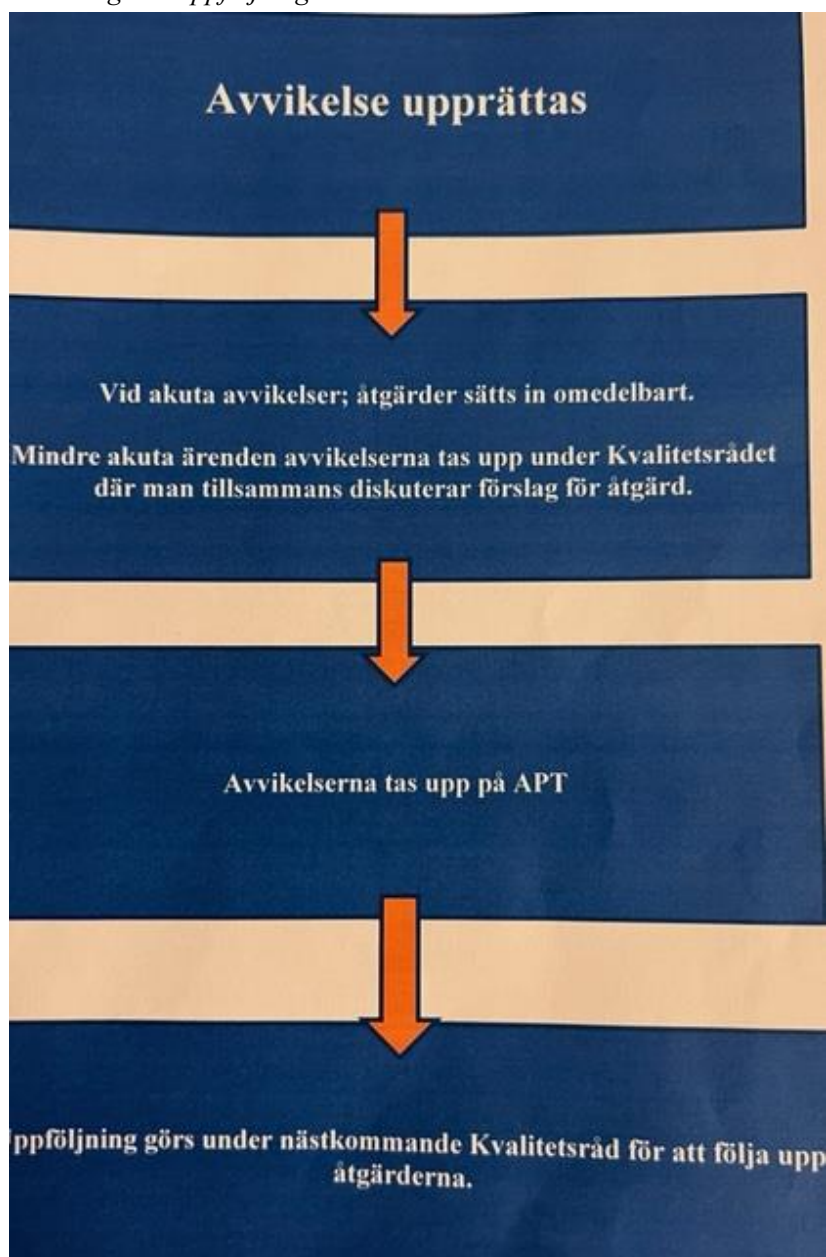
Omsorgspersonal består av huvudsakligen av undersköterskor och vårdbiträden. De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts.



## Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Nedan kan du se Kungsgårdens rutin för att säkerställa resultat gällande utvärdering och uppföljning.



Så arbetar Kungsgården med att fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra bris-

ter i verksamheten.

- Representanter från HSL personalen och omsorgspersonal och ledningen ses varje månad för kvalitetsråd och teammöten varje vecka, avstämningar dagligen.
- Tillsammans med patienter och närstående identifieras risker i verksamheten.
- Vid allvarliga vårdskador eller risk för detta kontaktas MASen omgående.
- Tillsammans med andra vårdgivare/kollegor identifieras risker i verksamheten.

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador finns det rutiner för att identifiera, rapportera samt dokumentera risker i verksamheten. Till exempel riskbedömning vid användande av skyddsåtgärder, inför brukares yttre kontakter som läkarbesök. Vid månatliga kvalitetsmöten analyseras avvikelser för att se om det finns något mönster som indikerar brister i den egna verksamheten eller kring samverkan med andra vårdgivare, anhöriga med flera.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2*

**Kungsgården har under 2022 bedrivit patientsäkerhetsarbeten och vidtagit följande åtgärder för att öka patientsäkerheten.**

- Personalen har under 2022 erbjudits lyftteknik, delegerad personal har erhållit genomgång av sjuksköterska/AT/fys-sjg i samband med delegering.
- Inför läkemedelsdelegering har personal genomfört webbutbildning i säker läkemedelshantering med kunskapskontroll. Diabetes webbutbildning.
- Demens ABC och Demens ABC+ och Nollvison genomförs av all personal på Kungsgården, personalen får även handledning och reflektionstid med kommunens Silviasyster för att reflektera över hur man använder sin kunskap i det dagliga arbetet.
- Personal under 2022 genomfört både Vårdhygiens

- 
- och Socialstyrelsen/SKR hygienutbildningar.
- Under Corona anordnades regelbundna extra möten där personalen fick kontinuerligt den nyaste informationen från MAS och myndigheterna.
  - Ett flertal nya riktlinjer har erhållits från Smittskydd/Vårdhygien, direktiv har getts från MAS med anledning av pandemi.
  - Nya rutiner relaterade till pandemin har tagits fram i verksamheten. De kommunicerades på möten till all personal. Samt uppdatering och uppföljning av ”Covidpärmen” där vi har uppdaterade direktiv och verksamhetsrutiner gällande Covid.
  - Även till anhöriga kommunicerades månadsvis och ibland oftare skriftlig information och direktiv i form av nyhetsbrev eller mejl i akuta fall.
  - Även brukare fick diskutera direktiven under brukarråd som hölls med avstånd.
  - Rutiner för säkra besök: För att säkerställa att alla följer smittskyddsriktlinjerna för besök på Kungsgården genomfördes följande: Det finns alltid munskydd och handdesinfektion vid ingången, det satts upp skyltar med reglerna enligt smittskydds rekommendation, regelbundna påminnelser om Covid läget och reglerna vid besök i Kungsgårdens nyhetsbrev.
  - Riskbedömningar gällande fallrisk, nutrition, munhälsa, trycksår har genomförts vid inflyttning samt BPSD-bedömning har använts vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.
  - Följande arbetssätt har haft betydelse för patientsäkerheten har införts/förbättrats under föregående år: En APP från Minnity, där personalen kan lära sig mer om COVID och demens som enheten fick använda i samband med en studie av Mälardalens universitet.
  - Verksamheten har infört systematisk information till patienter om patientnämnden och dess verksamhet som exempelvis under brukarrådet som döptes om till ”boenderåd” utifrån de boendes önskemål.
  - Vår arbetsterapeut deltagit i HLR utbildningen under året 2022
  - Sjuksköterskorna har deltagit i utbildningar som apoteket AB hållit i. Dels läkemedelshantering för sjuksköterskor och avvikelshantering

- 
- Kungsgården har köpt in enterala och parenterala pumpar, bladderscan BVI 6100 , blodsockermätare HEMOCUE Glucose 201, saturationsmätare och blodtrycksmanschetter. Detta i syfte att säkerställa patientsäkerheten när man nu kommer bedriva en mer avancerad vård i den kommunala primärvården. För att underlätta arbetsmiljön så har LegPal köpts in som är benstöd i samband med såromläggningar och kompressionslindning av ben även Soft tilt har köpts in och är ett hjälpmedel för lägesförändringar i säng vilket underlättar vid tex såromläggningar i sacrum.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Så ser Kungsgårdens rutiner ut för att följa upp den egna verksamheten med hjälp av kvalitetsregister, interna observationer och granskningar.

Verksamheten har tagit fram underlag för kvalitetsregister. Verksamheten ansvarar för; Senior Alert, Palliativa registretriskbedömningar och BPSD i gott samarbete med enhetschef, biträdande enhetschef och omsorgspersonalen på Kungsgården.

Verksamheten har under året genomfört egenkontroller gällande följsamheten till basala hygienrutiner genom observationsstudie och självskattning.

Resultatet har visat att följsamheten har ökat med till basala hygienrutiner pga. de extra webbutbildningar personalen genomfört pga. pandemin.

Årlig kontroll (besiktning av vårdsängar och liftar) har genomförts av rehab personal.

Interna egenkontroller gällande hygien har utförts under pandemin dagligen samt däremellan stickkontroller.

Personal varit delaktiga i att ta fram underlag för BPSD-skattning.

Egenkontroll för det systematiska kvalitetsarbetet genomförs en gång i månaden.

Egenkontroll gällande ljudmiljön görs varannan månad.

Egenkontrollen för livsmedelshygien görs månadsvis.

Kungsgården har också värdegrundsbud i verksamheten som utför egenkontroller utifrån värdighetsgarantierna en gång i månaden.

Omsorgspersonalen utför också egenkontroller för måltidssituationen fyra gånger per år.

HSL personalen arbetar med årlig granskning av läkemedelshantering och narkotikakontroller samt temperaturkontroller av kylskåpet för läkemedel. Apoteksgranskningen har utförts.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Så arbetar vi för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada på Kungsgården:

- Samverkan avseende läkemedelsanvändning genom återkommande dialog kring förskrivning, gemensamma granskningar av läkemedelslistor.

Läkemedelsgenomgångar genomförs i samverkan mellan läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal som ansvarar för olika delar. Tex är kontaktpersonen ansvarig för vissa delar i symtomskattningen.

Regelbundna möten mellan sjuksköterska, paramedicinare och omsorgspersonal. Sjuksköterska deltar i verksamhetens kvalitetsråd på Kungsgården.

Multiprofessionellt samarbete på Kungsgården för att förebygga skador p.g.a. fall.

Fallarbetet rör hela teamet. Vid inflytt gör sjukgymnast funktionsbedömning, arbetsterapeuten gör en ADL bedömning, tittar på förflyttnings förmåga, fallrisk och hjälpmedelsbehov. Individuell- och gruppträning är en del i arbetet för att minska fall och arbeta fallförebyggande. Översyn av miljön och hjälpmedel likaså. Sjukgymnasten hjälper till att prova ut och beställa höftskyddsbyxor vid behov om patient önskar detta. Patient står för kostnaden.

Den som upptäcker ett fall skriver en fallavvikelse på papper som lämnas till sjuksköterskan. Därefter kommer fallavvikelsen till sjukgymnasten som för in den i vårt journalsystem. Sjukgymnast och arbetsterapeut följer upp fallet och gör en funktionsbedömning, ser över förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov, om någon förändring skett eller om nytt behov uppstått. I fallavvikelsen i vårt journalsystem under respektive yrkeskategori skrivs eventuella åtgärder in. Varje yrkeskategori för in sina egna åtgärder (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, enhetschef, MAS).

Vid risk för fall medverkar sjukgymnast och arbetsterapeut då en riskbedömning för fall görs tillsammans med övriga yrkeskategorier med åtgärder och uppföljning.

Fall diskuteras vid riskbedömning, på teamrund samt på kvalitetsrådet. På teamrund diskuteras det specifika fallet och eventuella åtgärder, i dokumentet senior alert (som sjuksköterskan håller

i) skrivs om risk för fall föreligger, åtgärder, uppföljning etcetera. På kvalitetsrådet rapporterar sjukgymnasten antal fall, personer, eventuella skador etcetera föregående månad. Sjukgymnast rapporterar även fallstatistik föregående månad till läkare.

## **Risikanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Kungsgårdens biträdande enhetschef arbetar med risikanalysen. I vissa fall med omsorgspersonalen och i de flesta fall i ett multiprofessionellt team tillsammans.

Risikanalys, upprättas vid inflyt samt vid behov, när en risk uppmärksammas samt vid behov när en avvikelse upprättas. Detta sker i multiprofessionellt team med omsorgspersonal, SSK, rehab och ledning. Gruppen lyfter och reflekterar kring risken och hur man på bästa sätt kan arbeta för att förebygga att risken uppstår. Dessa lyfts under kvalitetsråd samt APT. Kontaktman/ersättare har dokumentationstid en gång i veckan där man går igenom brukarens dokumentation och akt pärm för att säkerställa att Kungsgården arbetar utifrån ett rättssäkert sätt. Då ingår bl.a att följa upp riskanalyserna för brukaren, säkerställa att åtgärderna är utförda, och vid behov att revidera eller upprätta en ny riskanalys bjuda in teamet. Om risikanalysens åtgärd innebär förändrat till exempel förändrat arbetssätt skall detta skrivas in i Genomförandeplan så att risikanalysen blir ett levande dokument som genomsyrar det dagliga arbetet.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

- Ett system för behörighetsadministrering gör att varje individ har sin egen inloggning i de system denne är behörig till. Beställs av systemadministratör. Symfoni, Senior Alert samt Palliativregistret utfärdar MAS behörighet till.

NPÖ, Pascal samt Visma Proceedo ansvarar systemförvaltare för, i likhet med de medarbetaruppdrag som styr vem som har rätt till behörighet till respektive HSL eller SOL-journal. SITHS-kort krävs för tillgång till ett antal system. I samband med beställande av behörighet ansvarar chef för att intyga att den anställde är behörig till det system som tillgång begärs till. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

- **Samtycken** inhämtas av patienter för registrering i kvalitetsregister samt för tillgång till NPÖ med mera.
- Inloggning med BANK ID som säkerhetsåtgärd, samt att det säkerställs att alla server kommer från ett säkerhets kvalificerat land.

## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Trots omständigheterna med en pågående pandemi gjorde Kungsgården sitt yttersta och det kom in väldigt få synpunkter. De flesta anhöriga och boende uttryckte tacksamhet och att man kände en stor trygghet på Kungsgården.

Framför allt den nära kontakt till anhöriga med regelbundna information via telefon eller nyhetsbrevet förebyggde missnöjdhet hos anhöriga.

Dessvärre har det inte kommit in så många klagomål, nedan en sammanfattning som kom muntlig till enhetschefens kännedom (och hanterades genom samtal):

1. Synpunkter om mat.
2. Synpunkt om smutsig lägenhet ur hygiensynpunkt.
3. Synpunkt om inte fungerande telefoner.
4. Synpunkt om utemiljö.
5. Synpunkt om bristande kommunikation från PAS på plan 1.

För punkt två infördes på Kungsgården stickprov av städningen och samordnaren började en dialog med städfirman. Gällande punkt 4 anställdes en vaktmästare som är behjälplig. Gällande



---

klagomål kring kommunikationen från en SSK har ledningen haft samtal med alla berörda.

Kungsgården fortsätter med tydlig information till de boenden och deras anhöriga och även personalen.

Ledningen uppmuntrade att omsorgspersonalen ska säkerställa en bra kommunikation med de anhöriga så att Kungsgården har trygga och välinformerade anhöriga.

### **Kungsgården följer upp alla avvikelser i lärande syfte**

Alla avvikelser som upprättas lyfts under Kvalitetsrådet där SSK, rehab, omsorgspersonal och ledning är med. Man diskuterar och reflekterar kring händelsen och vilka åtgärder som skall sättas in. Även riskanalys upprättas vid behov så att vi arbetar förebyggande så att den typ av händelse inte skall uppstå igen. Tas även upp under APT, både avvikelserna och riskanalysen. Detta så att alla medarbetare erhåller samma information.

Under 2022 upprättades:

**20 SOL** avvikelser som kan påverka den boendes hälsa.

Dessa handlade om exempelvis att man inte läste HSL informationen i ”flick 9”. Finns en rutin för när och hur man tar del av den skriftliga infon från Rehab.

Det handlade om utebliven dusch, utebliven gymnastik som ska anordnas dagligen.

Den personal som uppmärksammar eller är inblandad i en avvikelse kontaktar alltid omedelbart sjuksköterska/AT/sjuk-fys för information och åtgärd. Den legitimerade registrerar avvikelserna i Pro Capita avvikelsemodul. Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att den inte ska upprepas/hända igen. Avvikelser analyseras i verksamhetens kvalitetsråd och återkopplas till personalgruppen i ”lärande organisation”. Närstående informeras vid allvarliga avvikelser och missförhållanden.

---

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

För att säkerställa att patienterna och deras närstående har möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet erbjuder Kungsgården följande:

- Brukarråd/boenderåd, varje månad, i mindre grupp med två meters avstånd och även enskilda samtal under pandemin, där samlingar inte har varit möjliga.
- Anhörigbrev varje månad. Nyhetsbrev till brukare varje månad.
- Enskilda samtal med anhöriga.
- Anhöriga deltar i framtagande av genomförandeplaner, av vårdplaner.
- Kontaktpersoner har regelbunden kontakt med anhöriga.
- Anhörigambassadör finns på Kungsgården.

Årlig vårdplanering genomförs en gång i månaden tillsammans med anhöriga, läkaren, kontaktmannen, sjuksköterska och rehab.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Kungsgården ta emot klagomål, synpunkter och förbättringsförslag muntligt, via synpunkts- och klagomålsblankett. Det finns även synpunktslåda i verksamheten för den som vill lämna där. Klagomål följs upp och återkopplas till den klagande. Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Under året har ett fåtal antal synpunkter och klagomål lämnats till verksamheten.

En närmare beskrivning finns i texten ovan.

Alla avvikelser av medicinsk karaktär har analyserats och åtgärder satts in vid behov. En närmare beskrivning finns ovan och nedan.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Att Kungsgården är efter Corona återigen fullbelagt med väntelista bekräftar att Kungsgården står för kvalitet och arbetar med patientsäkerheten så att man upplever Kungsgården som ett tryggt boende att leva i.

**Resultat Nattnattfastan:** Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör nattnattfastan inte överstiga 11 timmar.

Mätning av nattnattfastan utfördes 2022 som dessvärre visade att nattnattfastan översteg den rekommenderade tiden med ett par timmar. För att möta Livsmedelsverkets nationella riktlinje som Socialstyrelsen rekommenderar avseende nattnattfastan har teamet arbetat fram förslag som genomfördes och följdes sedan upp med ny mätning.

### Resultat

Av total 30 patienter så överstiger 24 patienter över 11 timmar. De har blivit erbjudna kvällsmål samt nattnattmål men de flesta har tackat nej.

10 timmar → 3 patienter

11 timmar → 3 patienter

12 timmar → 8 patienter

13 timmar → 5 Patienter

14 timmar → 2 patienter

15 timmar → 3 patienten

Under 10 timmar → 6 patienter då har de tackat ja till nattnattmål.

Resultatet ser bättre ut på plan 1 vilket är demensavdelningen, medan plan 2 har något fler personer som överstiger den ovan nämnda tiden. Mätningen visar att de personer som fortsatt överstiga den rekommenderade nattnattfastan har blivit erbjudna kvällsmål, nattnattmål och tidig frukost/lätt måltid men tackat nej till det.

Det är bra med tanke på självbestämmande/salutogena förhållningssätt. Därför kommer Kungsgården att arbeta under 2023 med att informera alla boenden på plan 2 om hälsofördelar och syftet med kvälls/nattnattmål och vi hoppas att flera komma att tacka ja i framtiden.

### Resultat Riskanalyser

Det finns en riskanalys för varje boende vid inflyt. Förutom detta genomförs riskanalyser vid:

Risk för brand

Risk för smitt av COVID vid sjukhusbesök

Risk för fall vid förflyttning

Risk för fall ur säng

---

Risk för depression

**Egenkontroller** har genomförts varje månad.

**Dokumentation:** Över lag fint resultat med 100 % genomförande planer, men att dokumentera månadssammanfattningen och egen tiden behövs förbättras.

**Livsmedelshygien:** Det som har brustit emellanåt är temperaturkontrollen på maten som kommer från Norrgårdens kök. Ibland har det inte blivit någon storstädning av köket som ska göras en gång i månaden.

**Måltidsmiljö:** Salt och peppar finns ej alltid på borden vilket de ska göra. Det finns dock alltid personal vid varje bord. Positivt att ingen sätter på diskmaskin under måltid, att man erbjuds mer mat och att alla hinner äta klart innan avdukning.

**Ljudmiljön:** Ljudmiljön under måltiderna brukar ofta vara lugn, vilket är positivt. Däremot kan ljudmiljön mellan personalen vara ganska hög, detta bör vi försöka förbättra.

**Värdegrunden:** Ser bra ut, men vi måste alla tänka på att inte prata över huvudet på våra boende.

### **FALL:**

Antal fall 2022: 45st

Antal frakturer: 4st

Svårare skada: 1st

Mindre fallskada: 10st

### **Läkemedel**

För perioden 2022 har det totalt registrerats 60st läkemedelsavvikelser.

Varav:

- Utebliven dos = 43
- Osignerad men given = 0
- Förväxling av dos = 1
- Förväxling av person = 1
- För stor dos = 1
- För liten dos = 2
- Signerad men ej given = 0

- Annat = 12

I läkemedelsfas:

- Ordination = 10

- Överlämnande = 40

- Iordningsställande = 10

*Förväxling av dos: Patienten har fått ordinerade läkemedel på fel tid på dygnet.*

*Förväxling av person: Patienten har fått en annan patients läkemedel.*

*För stor dos: Fått nytt smärtlindrandeplåster men inte tagit bort de gamla.*

*För liten dos: Inte tagit ut alla tabletter från dospåsen.*

*Iordningsställande: Personal utan delegering har delat medicin.*

*Annat: Bland annat om felregistrering i signeringslistor och läkemedel som inte finns i patientbundna.*

*Ordination: Dosett var missad att delas.*

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### - Översyn av rutinerna

Det finns rutiner på Kungsgården. De ska läggas fram på ett bra sätt att de är lätt tillgängliga och lätt förståeligt även för vikarierna.

- Satsning på svenska språket för att säkerställa **patientsäkerheten**.
- Andel genomförd **smärtskattning** med smärtskattningssinstrument som dokumenteras vid minst ett tillfälle under sista levnadsveckan ska säkerställas.
- Forskningen visar att smärta hos personer med demens ofta är undervärderad och underbehandlad och det är Kungsgårdens vision att vi är bättre med detta på Kungsgården.
- Andel efterlevnadssamtal som sjuksköterskan erbjuder anhöriga inom 1-2 månader ska vara 100 %.
- Alla äldre med demensdiagnos på Kungsgården ska erbjuda

---

das BPSD- registrering en gång per år.

- Andel patienter som ramlat på särskilt boende för äldre som har en uppföljning med åtgärder i senior Alert ska ökas.
- Satsning inom demens för att minska användning av psyko-farmaka och lugnade medicin. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke farmakologiska art. Därför anställdes bland annat en demenssjuksköterska som erbjuder handledning till personalen.
- Munhälsa utbildning ska genomföras en gång per år.
- Fortsättning med arbetet med palliativa ombuden.
- Ett mål är att minska användning av sömnmedicin, lugnande medicin och psykofarmaka under 2023 för att använda sig av alternativa metoder i högre grad.



# Patientsäkerhetsberättelse för Upplands- Bro servicehus

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2023-02-20

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Informationssäkerhet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Sammanställning och analys	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



---

## Sammanfattning

Under 2022 har Coronapandemin påverkat verksamheten framför allt utifrån bemanningssituationen. Under de första månaderna hade vi en hög korttidsfrånvaro vilket innebar en lägre personalkontinuitet och kompetens.

Enheten har under året försökt att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, bland annat såg man ett behov av ett närmare ledarskap och ökad tillgänglighet för både medarbetare, omsorgstagare och anhöriga. En biträdande enhetschef anställdes därmed med syfte möta dessa behov och arbeta med kvalitetsutveckling, avvikelser, och utveckla samverkan mellan baspersonal och legitimerad personal. Enheten har under större delen av året haft veckomöten med legitimerad personal där man gått igenom boendets omsorgstagare/patienters, behov, önskemål och eventuella förändringar i allmäntillstånd. Dessa möten pausades under sista kvartalet då verksamheten saknade ordinarie arbetsterapeut och sjukgymnast. Tjänsterna är skrivande stund tillsatta och dessa möten är planerade att återupptas under mars månaden 2023.

Fortsatt pandemi under 2022 i samband med att återkomsten av andra virus såsom förkylningar, maginfluensa och RS har bidragit till att utvecklingsarbetet inte kunnat ske i önskad utsträckning. Enheten har trots detta arbetat aktivt med att jobba både reaktivt och proaktivt för att jobba på ett patientsäkert sätt. Vi har bland annat aktivt arbetat med att rekrytera utbildade undersköterskor, framför allt gällande ordinarie personal men även vikarie för att täcka upp vid akuta vakanser och planerade semesterar. Extra resurser har lagts på uttömmande introduktioner och uppföljningar av ny personal. Krav på medicin- och insulindelegering har ställts på samtliga nyanställda som arbetar på serviceboende.

Med stöd av statsbidrag har verksamheten kunnat göra ytterligare satsningar för att utveckla arbetet kring patientsäkerhet. Bland annat har utbildad ordinarie personal erbjudits möjlighet att läsa till undersköterska på arbetstid, fyra medarbetare har genomfört kurs i yrkessvenska, all ordinarie personal i servicehuset och en stor andel vikarier har genomgått utbildning i förflytningsteknik och HLR. Samtliga kurser och utbildningar syftar till att öka kunskap och kompetens hos personal för att stärka dem i sina roller och på så sätt säkra patientsäkerheten.

I syfte att förebygga smitta och hantera smittspridning har verksamheterna jobbat utifrån basala hygienrutiner, följt rutiner för klädregler samt använt skyddsutrustning och tillämpat beskrivet i rutinerna arbetssätt för misstänkt respektive konstaterat smitta.

## Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens övergripande mål är att utveckla verksamheten tillsammans med övriga verksamheter. Detta genom kvalitetsarbete, analys och uppföljning av verksamheten. Vårt mål är att bedriva en god och patient-säker omsorg samt att arbeta förebyggande gällande fall, undernäring, tryck-sår, munhälsa och BPSD-symtom. Kontinuerligt göra riskbedömningar för att åtgärda och förebygga och eliminera andra risker som kan uppstå.

Fysisk och psykosocial arbetsmiljö för personalen är ett fokusområde som vi prioriterar och kontinuerligt arbetar med. Under den pandemi som nu pågått i ett par år har det varit extra viktigt att med nära ledarskap finnas i verksamheterna och fånga upp hur arbetsmiljön är på en daglig basis. Då förändringar i riktlinjer, vårdtyngd med mera växlar snabbt under en pandemi så är det viktigt att snabbt kunna ändra fokus och fördela och leda arbetet

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Verksamhetschefens ansvar

Då verksamhetschef HSL inte är legitimerad personal har beslut om vård och behandling överlåtits till utsedd legitimerad personal. Verksamhetschef ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Dennes ansvar omfattar även ledning av hälso- och sjukvårdens organisation så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om delegeringar av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
  - a) läkemedelshantering, b) rapportering enligt 6 5 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

### Enhetschef Hälso-och sjukvårdsenheten (HSE)

---

Enhetschef Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) är underställd avdelningschef utföraravdelningen och har ett direkt ledningsansvar för den legitimerade hälso och sjukvårdspersonalen inom Hälso- och sjukvårdsenheten. Enhetschefen ansvarar för att planera, leda, implementera åtgärder och följa upp verksamheten. Dennes ansvar omfattar även att dess personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av dess personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal Legitimerad personal har enligt patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålles och ska kontinuerligt rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada. De ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat med mera.

### **Omsorgspersonal**

Omsorgspersonalen är underställd enhetschefen på verksamhet. Omsorgspersonal består huvudsakligen av undersköterskor och vårdbiträden. De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa givna instruktioner.

### **Läkare**

Läkare är inte ett kommunalt ansvar, utan ett landstingsansvar. Läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB besöker kommunen särskilda boenden för äldre en gång i veckan och är därutöver tillgängliga för sjuksköterskorna på telefon dygnet runt. Läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån en samverkansöverenskommelse. Gällande LSS-boenden finns fast läkartid avsatt vid respektive vårdcentral för rondliknande möten och hembesök tillsammans med kommunens LSS- sjuksköterska. Även här arbetar vårdgivarna utifrån en samverkansöverenskommelse.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

### **Uppsökande verksamhet – Tandvårdsstöd – Symfoni**

Region Stockholm har avtal avseende uppsökande verksamhet med Flexident för särskilda boenden för äldre. Den uppsökande verksamheten är åter igång efter en paus kopplat till pandemin under perioden 2020–2022.

Inga munvårdsutbildning har genomförts under 2022. Dessa är planerade att genomföras i mars 2023.

---

### **Läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar**

Den årliga läkemedelsgranskningen av farmaceut i enlighet med HSLF-FS 2017:37 om allmänna råd och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården genomfördes i maj/juni. Inga anmärkningar gjordes av farmaceut.

Fördjupade läkemedels-genomgångar har genomförts på samtliga patienter på servicehuset av läkare och ansvarig sjuksköterska.

### **Palliativa registret**

I svenska palliativregistret finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vård och omsorg vid livets slutskede. Servicehuset följer rutinen och gör registreringar i registret vid dödsfall.

Syftet med registret är att dra lärdom av den palliativa vård som verksamheten gett och där se vilka förbättringsområden som föreligger utifrån resultaten.

### **Basala hygienrutiner**

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts inom verksamheten i enlighet med gällande rutin.

### **Senior Alert**

I kvalitetsregistret Senior Alert finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vårdprevention och utfall avseende riskbedömningar. Riskbedömningar är genomförda på samtliga patienter på servicehusen.

### **BPSD-registret**

Är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därmed minska lidandet och öka livskvaliteten för individen med demenssjukdom.

### **Medicintekniska produkter**

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ansvarar för att besiktningar och kontroller görs av individuella och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. Det finns tydliga rutiner för kontroll av temperatur på de medicinska enheterna som finns ute i verksamheterna läkemedelsrum. Kontrollen genomförs varje vecka eller oftare vid behov.

### **Narkotikakontroller**

Utförs enligt rutin 1 gång per månad.

## Journalgranskning

Genomförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschef på årlig basis

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Enheten har under året försökt att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, bland annat såg man ett behov av ett närmare ledarskap och ökad tillgänglighet för både medarbetare, omsorgstagare och anhöriga. En biträdande enhetschef anställdes därmed med syfte att möta dessa behov och arbeta med kvalitetsutveckling, avvikelser, och utveckla samverkan mellan baspersonal och legitimerad personal.

Enheten har under större delen av året haft veckomöten med HSE personal där man gått igenom boendets omsorgstagare/patienters, behov, önskemål och eventuella förändringar i allmäntillstånd. Dessa möten pausades under sista kvartalet då verksamheten saknade ordinarie arbetsterapeut och sjukgymnast. Tjänsterna är tillsatta och dessa möten är planerade att återupptas under mars månaden 2023.

Vidare har vi delvis med stöd av statsbidrag kunnat satsa på att utbilda personal. Vi har bland annat erbjudit:

- Utbildad personal möjlighet att läsa till undersköterska på arbetstid. Detta stärker medarbetaren i sin roll och ger hen verktyg att på ett snabbare och säkrare sätt uppmärksamma och hantera eventuella förändringar i behov hos patienten.
- Fyra medarbetare har genomfört kurs i yrkessvenska med syfte att förbättra sina språkkunskaper och på så sätt minska möjlighet till missförstånd och öka patientens känsla av delaktighet och självbestämmande.
- Ny rutin i social dokumentation har tagits fram och två utbildningstillfällen i ämnet har hållits för omsorgspersonal.
- En medarbetare har utbildats till språkbud och ska finnas som stöd till sina kollegor och hjälpa dem utvecklas i det svenska språket.
- All ordinarie personal i servicehuset och en stor andel vikarier har genomgått utbildning i förflyttningsteknik och HLR. Detta så att all förflyttning kan ske så säkert och behagligt sätt för såväl patient som medarbetare.
- Samtliga sommarvikarier har fått en uttömmande introduktion och utbildning i läkemedelshantering inför delegering.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

### Läkemedelsgranskning av läkemedelshantering

Den årliga läkemedelsgranskningen av farmaceut i enlighet med HSLF-FS 2017:37 om allmänna råd och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården genomfördes i maj/juni. Inga anmärkningar gjordes av farmaceut.

### Läkemedelsgenomgång

Fördjupade läkemedels-genomgång har genomförts av läkare i servicehusen i samverkan med patientansvarig sjuksköterska enligt HSLF-FS-2017:37 Genomgång görs årligen enligt Riktlinje för läkemedelsgenomgångar inom Stockholms läns landsting samt samverkansöverenskommelse som tecknats mellan Socialkontoret och Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB.

### Basala hygienrutiner

Egenkontroll av följsamheten till hygienrutiner har genomförts med att personalen har fyllt i ett självskattningsformulär.

### Palliativa registret

I svenska palliativregistret finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vård och omsorg vid livets slutskede. Servicehusen gör registreringar i registret vid dödsfall. Syftet med att registret är att dra lärdom av den palliativa vård som verksamheten gett och där se vilka förbättringsområden som föreligger utifrån resultaten.

### Senior Alert

I kvalitetsregistret Senior Alert finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vårdprevention och utfall avseende riskbedömningar. Riskbedömningar erbjuds vid behov avseende riskområdena fallrisk, undernäring, trycksår och munhälsa.

### BPSD-registret

Registreringar görs i BPSD registret för att kvalitetssäkra vården för patienter med kognitivsjukdom. I teamet med sjuksköterska rehab och baspersonal gör man BPSD-registreringar och åtgärdsplaner för att bemöta BPSD-symtom.

Målet är att förebygga och lindra BPSD-symtom och därmed öka livskvalitén för den enskilda.

### **Medicintekniska produkter**

Arbeterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ansvarar för att besiktningar och kontroller görs av individuella och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. För detta finns ett års-hjul utarbetat. Det finns tydliga rutiner för kontroll av temperatur på de medicinska enheterna som finns ute i verksamheterna. Kontrollen genomförs varje vecka och vid behov oftare. Narkotikakontroller utförs enligt rutin 1 gång per månad. Journalgranskning genomförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschef på årlig basis.

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

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

#### **Ett flertal överenskommelser avseende samverkan och samverkans forum mellan kommunen och Region Stockholm berör den kommunala hälso och sjukvården:**

- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande utskrivningsklara från slutenvården
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande ”Sammanhållen överenskommelse om personer som bor i särskilt boende för äldre”. (Fem stycken delöverenskommelser samt två tilläggsöverenskommelser)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande egenvård
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande uppsökande verksamhet (tandvårdsstöd)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna i Saltsjöbaden
- Samverkansöverenskommelse Upplands-Bro kommun och Habilitering och hälsa
- Lokal samverkansöverenskommelse avseende hälso-och sjukvård i 11 bostad med särskild service och daglig verksamhet
- Avtal om Vårdhygienisk expertis (Region Stockholm)
- Samverkan/information med Vårdhygien och Smittskydd i Stockholms län.
- Samverkan/information med Tandvårdsenheten (MAS är kontaktperson)

- Samverkan/dialogmöten har genomförts under året med vårdcentralerna
- Samverkan/dialogmöten med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB
- Samverkan/dialogmöten med Danderyds Sjukhus chefsläkare och de kommuner som ligger inom sjukhusets upptagningsområde

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Risakanalys och händelseanalys är arbetsmetoder som utvecklats för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Under 2022 har enhetschef för servicehusen genomfört kontinuerliga riskanalyser gällande covid-19.

Riskbedömningar görs vid inflytt eller vid förändrat tillstånd hos patienten. Riskbedömningar görs för fall (Downton), undernäring (MNA), trycksår (Norton) och munhälsa (Roag).

ADL-bedömningar görs av Rehabpersonal där man kartlägger risker och behov hos den enskilda.

BPSD-registreringar görs vid samtycke där man tittar på risker och vilka åtgärder som kan sättas in. Genom att minska BPSD-symtom kan risker för hot/våld och fall bland annat minskas.

Avvikelse skrivs när den boende i samband med vård och behandling har eller riskerat att ha drabbats av fysisk eller psykisk skada. Avvikelse åtgärdas i det akuta skedet, för att sedan månatligen tas upp i verksamhetens kvalitetsråd och APT.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Ett system för behörighetsadministrering gör att varje individ har sin egen inloggning i de system denne är behörig till och dessa beställs av systemadministratör. Symfoni, Senior Alert samt Palliativregistret utfärdar MAS behörighet till. NPÖ, Pascal samt Visma Proceedo ansvarar utsedd systemförvaltare



för, i likhet med de medarbetaruppdrag som styr vem som har rätt till behörighet till respektive HSL eller SOL-journal.

SITHS-kort krävs för tillgång till ett antal system vilket enhetschef alternativt enhetsledare inom hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att lägga en beställning för. I samband med beställande av behörighet ansvarar chef för att intyga att den anställde är behörig till det system som tillgång begär till.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas av patienter för registrering i kvalitetsregister samt för tillgång till NPÖ av ansvarig sjuksköterska.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

Enligt riktlinje för avvikelshantering så är varje personal som upptäcker en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för den enskilde, skyldig att rapportera denna avvikelse. Under 2022 har totalt 5 avvikelser rapporterats in i servicehusen. 2 är läkemedelsrelaterade och 3 fall.

	Fall	Läkemedel	Nutrition	Medicintekniska produkter	Våld & hot	Totalt
2022	3	2	0	0	0	5
2021	5	2	0	0	0	7

Vi ser positiv på att vi jämfört med föregående år har lägre antal fall, dock ser vi även att det föreligger risk att de låga antalet avvikelser kan bero på att vi inte varit tillräckligt bra på att följa rapporteringsskyldigheten. Enheten kommer därmed att under 2023 satsa på utbildning i rutiner, och riktlinjer gällande rapporteringsskyldighet. Vi ser ett behov av att utöka denna kunskap bland vår ordinarie personal samt vikarier.

### Delegering

Ingen delegering avseende hälso- och sjukvård har under året dragits in på grund av brister i utförandet.

### Anmälan om allvarlig vårdskada (Lex Maria)

Ingen händelse har varit av sådan allvarlighetsgrad under år 2022 att denna anmäls som vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Enheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Klagomål och synpunkter tas emot muntligt, telefon, mejl eller genom kommunens ärendehanteringssystem 360. Samtliga klagomål utreds och vid behov sätts åtgärder in omgående. Återkoppling till berörd part sker skyndsamt. Samtliga klagomål tas upp på morgonmöten, kvalitetsråd samt APT.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Respektive ansvarig sjuksköterska ansvarar för att både muntlig och skriftlig informera om den kommunala hälso- och sjukvården till den enskilde och dess eventuella närstående i samband med den enskildes inflytt till serviceboendet. I samband med detta tas även samtycken in från den enskilde avseende informationsöverföring till annan vårdgivare, närstående, registrering i kvalitetsregister med mera.

Hälso-och sjukvårdsenheten medverkar tillsammans med verksamheterna vid anhörigmöten för att informera och svara på frågor.

Vid inflyttningen ska en hälso-/vårdplan upprättas tillsammans med patient och närstående.

Vid palliativ vård ska i enlighet med palliativa registrets mall en planering ske där information och delaktighet är naturligt för såväl patient som närstående.

Den enskilde erbjuds i samband med inflytt att lista sig hos Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB som är den som kommunen har avtal med. Anhöriga bjuds in till vårdplaneringar tillsammans med Hälso-och sjukvårdsenheten och läkarorganisationen.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Enhetschefen för servicehusen ansvarar för att regelbundet sammanställa, analysera och åtgärda sina avvikelser för att kunna se mönster eller trender som medför brister i den egna verksamhetens kvalitet.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Under 2022 har Coronapandemin påverkat verksamheten framför allt utifrån bemanningssituationen. Under de första månaderna hade vi en hög korttidsfrånvaro vilket innebar en lägre personalkontinuitet och kompetens.

Enheten har under året försökt att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, bland annat såg man ett behov av ett närmare ledarskap och ökad tillgänglighet för både medarbetare, omsorgstagare och anhöriga. En biträdande enhetschef anställdes därmed med syfte möta dessa behov och arbeta med kvalitetsutveckling, avvikelser, och utveckla samverkan mellan baspersonal och HSE personal. Enheten har under större delen av året haft veckomöten med HSE personal där man gått igenom boendets omsorgstagare/patienters, behov, önskemål och eventuella förändringar i allmäntillstånd. Dessa möten pausades under sista kvartalet då verksamheten saknade ordinarie arbetsterapeut och sjukgymnast. Tjänsterna är tillsatta och dessa möten är planerade att återupptas under mars månaden 2023.

Fortsatt pandemi under 2022 i samband med att återkomsten av andra virus såsom förkyllningar, maginfluensa och RS har bidragit till att utvecklingsarbetet inte kunnat ske i önskad utsträckning. Enheten har trots detta arbetat aktivt med att jobba både reaktivt och proaktivt för att jobba på ett patientsäkert sätt. Vi har bland annat aktivt arbetat med att rekrytera utbildade undersköterskor, framför allt gällande ordinarie personal men även vikarie för att täcka upp vid akuta vakanser och planerade semestrar. Extra resurser har lagts på uttömmande introduktioner och uppföljningar av ny personal. Krav på medicin- och insulindelegering har ställts på samtliga nyanställda som arbetar på serviceboende.

Med stöd av statsbidrag har verksamheten kunnat göra ytterligare satsningar för att utveckla arbetet kring patientsäkerhet. Bland annat har utbildad ordinarie personal erbjudits möjlighet att läsa till undersköterska på arbetstid, fyra medarbetare har genomfört kurs i yrkessvenska, all ordinarie personal i servicehuset och en stor andel vikarier har genomgått utbildning i förflytningsteknik och HLR. Samtliga kurser och utbildningar syftar till att öka kunskap och kompetens hos personal för att stärka dem i sina roller och på så sätt säkra patientsäkerheten.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

---

Enheten under 2022 identifierat ett antal utvecklingsområden som vi planerar att jobba med under 2023.

### **Samverkan/informationsöverföring**

I samtal med ansvarig sjuksköterska på serviceboendet ser vi ett behov av att hitta nya sätt att organisera oss och säkerställa patientsäkerheten. Bland annat för vi diskussion om att ha veckomöten mellan baspersonal och legitimerad personal. Att ha en stående punkt i dagordningen för legitimerad personal på samtliga APT.

### **Social dokumentation och genomförandeplan**

Vi ser även ett behov av att utveckla och fördjupa kunskaper i social dokumentation och genomförandeplaner. All baspersonal inklusive vikarier ska känna sig trygga i att skriva social journal, de ska kunna läsa och förstå genomförandeplaner så att vi säkerställer att har patientens deltagande under hela arbetet. Under 2022 tog vi fram en ny rutin för socialdokumentation och kommer under 2023 hålla i utbildningar och uppföljningar för vår baspersonal.

### **Kartläggning av processer och rutiner**

Under pandemiåren la verksamheten stor fokus vid att anpassa sig vid nya arbetssätt och ständigt hitta nya lösningar på att fortsätta problem och hot. Detta gjordes med goda resultat. Nu när viruset inte längre är klassat som ett samhällsfarligt virus har verksamheten sakta men säkert börjat återgå till ordinarie verksamheten. I samband med detta har vi identifierat att vi behöver kartlägga våra processer och rutiner. Vi behöver uppdatera och förankra samtliga rutiner i verksamheten på nytt. Vi kommer ha en utomstående kvalitets utvecklare som under 2023 kommer hjälpa oss med denna kartläggning.

### **Kompetenskartläggning och utbildningar**

Under 2023 har vi som mål att samtlig baspersonal ska genomgå en kompetenskartläggning. I samband med detta kommer individuella kompetens och utvecklingsplaner att tas fram. Stort fokus kommer att ligga på: demens, psykiskohälsa, social dokumentation, avvikelshantering, anhörigstöd, ensamhet bland äldre, bemötande och språkutveckling.



Dagverksamhet för personer med  
kognitiv sjukdom, Solrosen Kvistaberg

# Patientsäkerhetsberättelse för små vårdgivare

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

23-02-23





*På bilden kan du se dagverksamheten Solrosen på Kvistaberg i Upplands Bro kommun.*

### **Verksamhetsbeskrivning**

Verksamheten Solrosen dagverksamhet för personer med kognitiv sjukdom enligt SOL med max. 32 deltagare. Det finns en grupp för personer under 65 som är rund 5 deltagare och en grupp för personer med kognitiv sjukdom som är över 65. Under 2022 var dem högst 10 personer per dag p.g.a. den pågående pandemin. Tanken var att säkerställa att alla kan hålla avstånd till varandra plus att personalen kan få lite extra tid för att desinficera möblerna och hjälpmedel flera gånger per dag.

Dagverksamheten har inte ett dygn runt ansvar, utan ansvarar för patientsäkerheten under de timmar under dagen som den enskilde vistas där.

### **Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet**

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

På dagverksamheten arbetar med patientsäkerheten för att:

- Minska antalet vårdskador
- Införa metoder och verktyg
- alla personal har kunskap i patientsäkerhet
- Minska smittspridning av COVID 19 och andra sjukdomar

Solrosens mål är att skapa en god och patientsäker vård

- genom att och arbeta förebyggande vad gäller fall, undernäring, munhälsa samt andra riskområden som kan uppstå.
- genom att med ett systematiskt kvalitetsarbete med att erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- genom att alla anställda har kunskap om rapporteringsskyldigheten som en del av det systematiska förbättringsarbetet
- genom att i samverkan med Hälso- och sjukvårdspersonalen bidra till en god och säker vård
- genom att använda skyddsutrustning att förhindra smittspridningen
- genom att minska antalet gäster säkerställa minstestavstånd

### **Ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

---

Så ansvarar vi på dagverksamheten för patientsäkerheten:

- Dagverksamhetens enhetschef/samordnare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål och diskuterar detta med sjuksköterskan.
- Enhetschefen som ytterst ansvarig för verksamheten svarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.
- Samtliga medarbetare i vår verksamhet har ansvar att i notera eventuella uppkomna vårdskador.
- Enhetschefen är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.
- Alla avvikelser tas upp i verksamhetens kvalitetsråd i lärande syfte.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen har under 2022 verkat som verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dennes ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Enhetschef har ett direkt ledningsansvar i sin verksamhet. Ansvaret har omfattat att personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar (MAS)**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar bl. a för att patienter får den hälso- och sjukvårdsläkare har förordnat om, att delegeringar gällande medicinska arbetsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten, att kontakt tas med sjuksköterska eller läkare vid behov.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad personal har ej varit underställd enhetschef i denna verksamhet utan är organiserade i en annan enhet.



## Omsorgspersonal

Omsorgspersonalen ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts.

## Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Samordnaren genomför regelbundna egenkontroller på dagverksamheten, som exempelvis med hjälp av:

- Systematiska journalgranskning
- Kvalitetsarbetet, kvalitetsråd
- Observation av gästerna i samråd med andra samverkanspartner som exempelvis hemtjänsten, Vårdcentral och anhöriga.

Dagverksamheten har under året genomfört regelbundna egenkontroller gällande basala hygienrutiner. Personalen har genomfört en webbutbildning om hygien. Tydliga rutiner har gemensamt skrivits för att säkerställa att alla följer de riktlinjer inom hygien. MASens ( Medicinsk ansvarig sjuksköterska) rekommendationer följs.

Under året har samtlig personal på dagverksamheten jobbat att förbättra rutiner för att förbättra patientsäkerheten, se nedan de senaste resultat:

Egenkontroller:

Augusti 2022 80% genomförandeplan  
 December 2022 100% genomförandeplan  
 100% veckovis social dokumentation  
 Augusti 2022 70% livsmedelshygien  
 December 2022 100% livsmedelshygien

## Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

På Solrosen har bedrivits under 2022 följande åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.

- Samtliga sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster har erhållit kompetensutveckling inom patientsäkerhet i Upplands-Bro kommun.
- Följande nya arbetsätt som haft betydelse för patientsäkerheten har införts/förbättrats under föregående år:
  - Minnity för en bättre användning av levnadsberättelse samt användning av skyddsutrustning och skärpta hygienreglerna med extra städning med mera för att minska smittspridningen!
- Verksamheten har infört systematisk information till patienter om patientnämnden och dess verksamhet.
- - Delegerad personal har erhållit genomgång av sjuksköterska/AT/fys-sjg i samband med delegering. Inför läkemedelsdelegering har personal genomfört webbutbildning i säker läkemedelshantering med kunskapskontroll.

All personal har demens ABC, Nollvision och hygienutbildning.

Ett flertal nya riktlinjer har erhållits från Smittskydd/Vårdhygien, direktiv har getts från MAS med anledning av pandemi. Nya rutiner relaterade till pandemin har tagits fram i verksamheten redan under 2021.

Dagverksamhet för personer med kognitiv sjukdom drog ned på antal besökare i syfte att minska smittspridning. Omorganisering inom verksamheterna för att minska smittspridning vidtogs, vistas på olika plan, färre på plats samtidigt, markering i soffor och bordsplatser att endast varannan plats fick användas.

Riskbedömningar gällande fallrisk och malnutrition har genomförts för varje gäst. Personalen har kunskap om hantering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Med hjälp av reflektionstiderna kunde personal förebygga

---

sådana problem.

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Personalen bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

- En tvärfunktionell arbetsgrupp går igenom verksamheten regelbundet och det är Silviasyster, hälsopedagog i gott samarbete med PAS.
- Tillsammans med patienter och närstående identifieras risker i verksamheten och för varje gäst.
- Tillsammans med andra vårdgivare/kollegor som exempelvis hemtjänsten identifieras risker i verksamheten och för varje individ.

- Vid kvalitetsråd görs **riskbedömningar**,

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador. finns det rutiner för att identifiera, rapportera samt dokumentera risker i verksamheten. till exempel riskbedömning vid användande av skyddsåtgärder.

Vid månatliga kvalitetsmöten analyseras avvikelser för att se om det finns något mönster som indikerar brister i den egna verksamheten eller kring samverkan med andra vårdgivare, anhöriga med flera.

### **Rutiner för händelseanalyser**

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Händelseanalyser görs vid händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid allvarlig vårdskada kontaktas MAS som då gör en utredning med händelseanalys. I sådan utredning involveras samtliga berörda.

### **Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Så arbetar Solrosens dagverksamhet med informationssäkerhet.

---

Alla system som används med informationen om gästerna kräver säkert inloggning via mobilt Bank ID för att skydda mot olovlig åtkomst till informationssystemet.

Samordnaren granskade dokumentationen fyra gånger under 2021.

Samordnaren inhämtar samtycke av varje ny gäst gällande behandlingen av personen uppgifterna.

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

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Samverkan på dagverksamheten sker på olika sätt:

Regelbundna reflektionsmöten med hela multiprofessionella teamet med bland annat Silvia syster och hälsopedagog.

Samverkan avseende läkemedelsanvändning sker med hjälp av PASen genom återkommande dialog kring förskrivning, gemensamma granskningar av läkemedelslistor.

Regelbundna möten mellan tex sjuksköterska, paramedicinare och omsorgspersonal saknades och är ett förbättringsområde för 2023. Däremot fungerar dialogen med ansvariga sjuksköterskan alldeles utmärkt och även Kungsgårdens arbetsterapeut har varit behjälplig vid frågor kring hjälpmedel.

Året 2022 utmärktes av bra samverkan genom regelbundna samtal med rehab och hemtjänst vid tecken på försämring i gästernas allmäntillstånd.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter**

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Den personal som uppmärksammar eller är inblandad i en avvikelse kontaktar omedelbart sjuksköterska/AT/sjuk-fys för information och åtgärd. Den legitimerade registrerar avvikelserna i Pro Capita avvikelsemodul. Avvikelsen analyseras med fokus på om det be-

---

hövs förebyggande åtgärder för att den inte ska upprepas/hända igen. Avvikelse analyseras i verksamhetens kvalitetsråd och återkopplas till personalgruppen i ”lärande organisation”. Närstående informeras vid allvarliga avvikelser och missförhållanden.

2022 förekom en händelse som har utretts utöver detta inga vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Under 2022 skrevs två avvikelser. Detta kan bero på att enheten har väldigt bra rutiner som är väldigt bra förankrat hos alla och att man ha genom regelbundna möten möjlighet att följa upp och förebygga avvikelser. Det kan även bero på att det är en liten arbetsgrupp där man tar upp avvikelser direkt muntligt med den berörda. Arbetet med avvikelsehanteringen bör utvecklas under 2023.

En avvikelse handlade om att personal glömt att ge en gäst sin medicin. **Åtgärd:** Samordnaren påminde all personal om vikten att följa rutinerna och det har inte förekommit igen.

En avvikelse handlade om brister inom aktivitetsplaneringen. Aktiviteterna och kontinuitet är viktig för patienternas känsla av trygghet och välbefinnande. Planeringen ska innehålla balans mellan vilan och aktivitet och verksamheten ska erbjuda aktiviteter som är hälsofrämjande och förebygga ohälsa. **Åtgärd:** Samordnaren har en dialog med personalen och enhetschefen tar stickprov av planeringsschemat.

Alla avvikelser tas upp i kvalitetsrådet och sedan på APT i lärande syfte.

På förebyggande arbetar enheten med **riskanalyser** vid förändringar som 2021. Alla riskanalyser görs gemensamt med hela personalgruppen på kvalitetsrådet och tas upp på APT. Analysen och handlingsplaner följs upp regelbundet. Se nedan några exempel:

20220531-Ny gympagrupp

20221115-Nytt larmsystem

20221205-Ny gruppindelning pga. oro i gruppen

20221220 – vid beteendeproblem, se nedan

---

Följande åtgärder vidtogs efter riskanalysen 20221205. Personalen på dagverksamheten planerar dagligen dagens aktiviteter och gruppindelningar, detta för att minska risken för stora grupper. Detta görs för att personer med kognitiv sjukdom på dagverksamheten kan känna sig trygga och detta förebygga beteendemässiga problem.

Riskbedömningar görs inför semesterperioderna p.g.a. att det finns mindre antal ordinarie personal och mer vikarier. Detta led exempelvis till en förbättring av introduktionsprocessen för vikarierna.

En annan riskbedömning genomfördes p.g.a. en demenssjuk man som uttrycker sexuell lust, vilket var väldigt obehaglig för de kvinnliga deltagarna på dagverksamheten.

Sexualitet är ett grundläggande mänskligt behov. Folkhälsomyndigheten beskriver att den sexuella hälsan är en mänsklig rättighet. Ibland kan personalen hamnar i knepiga situationer vilket led till en riskbedömning, handlingsplan och bemötandeplan. Personalen kom fram till olika förslag som exempelvis; gruppindelning och att testa en "herr – club" för att kvinnorna på dagverksamheten inte blev utsatta för detta, då de blev rädda av situationen.

Enheten arbetar även flitig med **bemötandeplaner**.

### **Sammanställning och analys**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Eftersom enheten fick så få synpunkter kommer enheten att arbeta under 2023 i högre grad med att informera alla berörda om de enkäterna som finns. Personalen delar ut enkäten redan vid första samtal. Enheten har en checklista för första besöket, det går inte att missa utdelningen av den enkäten.

Enheten tror att genom att man ha en regelbunden kontakt med anhöriga plus att enheten arbetar hela tiden utifrån ett förebyggande perspektiv, kom det inte in några klagomål. Däremot utryckte anhöriga och gäster sin tacksamhet över att dagverksamheten pågår under säkra förutsättningar trots pågående pandemi. Anhöriga och gäster är nöjda.

## **Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Dagverksamheten möjliggör att patienterna och deras närstående har möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

- Verksamheten har bjudit in patienter att diskutera och ge tips om säkerhet genom samtal.
- Personalen har dialog med alla gäster dagligen.
- Personalen har kontakt med anhöriga, med vissa dagligen.

## **Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Se nedan en kort eller sammanställning från året 2021.

### **Resultat:**

**Dokumentation:** Vid egenkontrollen fanns 100 % levnadsberättelse och genomförande planer.

**Värdegrund:** Varje fredag hålls reflektion där personalen har möjlighet att reflektera över sitt förhållningssätt utifrån verksamhetens värdegrund och de fyra hörnstenar: **symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd.**

**Fall:** Antal fall under 2022: 4 Antal frakturer under 2022: 0.

**Lex Sarah:** 0

---



Attendo

# Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Hagtorp

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2022-03-01 [REDACTED],

Verksamhetschef Attendo Hagtorp

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Riskanalys	12
Informationssäkerhet	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter	15
Samverkan med patienter och närstående	15
Sammanställning och analys	16
Resultat	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

---

## Sammanfattning

- Under året har en dokumentationsgranskning i SafeDoc gjorts av Attendos MAS, där HSL-delen fick 100 % godkänt.
- Verksamhetschefen på Hagtorp har sedan 23 december 2020 det totala ledningsansvaret, enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80, och fortfarande, i syfte att låta de bägge nyanställda sjuksköterskorna ges en möjlighet att arbeta sig in i sjuksköterskerollen på Attendo Hagtorp.
- Samtliga medarbetare har under 2022 genomgått livsmedelshygienutbildning enligt rutin.
- Samtliga permanenta boende har under våren och hösten erbjudits vaccinering mot Covid-19, dos 4 och dos 5, samt influensa-vaccin under hösten. Samtliga boende tackade ja till både Covid-19 samt influensavaccin, förutom en som avstod från båda.
- Samtliga permanenta boende har under 2022 haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.
- Under hela år 2022 har båda sjuksköterskorna haft möjlighet att jobba heltid. Under året har även sjuksköterskorna haft två stycken traineesjuksköterskor bredvid sig, enligt socialstyrelsens utbildningsmodell för validering av sjuksköterskor med utländsk legitimation.
- Under 2022 har medicintekniska produkter använts i större utsträckning relaterat till patienter med mer avancerade sjukdomar. Detta har medfört att kompetensen i medicintekniska produkter har ökat.
- Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, kvalitetssamordnare och vid behov sjuksköterska. Gruppen träffas varje månad och arbetar med de händelser som sket under månaden, identifiera risker, göra riskanalyser samt initiera och följa upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser. Händelser rapporteras i det elektroniska systemet Attendo ADD och hanteras på verksamhetens kvalitetsmöten och på APT.
- Medarbetarna rapporterar risker, tillbud och händelser via elektroniskt system för händelser, Attendo ADD.
- Patienters och närståendes synpunkter och klagomål som haft betydelse för patientsäkerheten har mottagits och hanterats enligt rutin.

- 
- Patienter och/eller närstående erbjuds vårdplanering inom 14 dagar efter inflytt samt minst 1 gång/år och vid förändrat hälsotillstånd. Närstående har under 2022 kunnat bjudas in till två närståendemöten.
  - Vårdplan upprättas alltid i samband med en ny omvårdnadsdiagnos, som kräver åtgärd och uppföljning.
  - Under året har en utbildnings insatts inom sår och sårvård genomförts sk T.I.M.E
  - Resultatet har genomgående bringat tydlighet kring vilka delar verksamheten måste arbeta vidare med för att öka patientsäkerheten.

---

## Övergripande mål och strategier

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

- Målet är att samtliga medarbetare ska utbildas i journalsystemet Sa-feDoc samt dokumentera.
- Målet är att samtliga patienter med identifierad risk ska ha en hälso-plan.
- Målet är att samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa Registret.
- Målet är att samtliga patienter ska ha en omvårdnadsansvarig sjukskö-terska.
- Målet är att samtliga patienter ska registreras i Senior Alert.
- Målet är att samtliga medarbetare ska genomgå webbutbildning i livsmedelshygien.
- Målet är att samtliga medarbetare ska genomgå den obligatoriska webbutbildningen inom Basal Hygien.
- Målet är att samtliga tillsvidare anställda ska ha genomgå den obliga-toriska webbutbildning inom Demens ABC samt delta i den utbild-ningsdag i ämnet
- Målet är att samtliga tillsvidare anställda ska ha genomgått utbildning inom förflyttningstekning
- Målet är att samtliga anställda ska känna till de rutiner och riktlinjer vid palliativ vård
- Målet är att öka omvårdnadspersonalens erfarenhet och kompetens, formell och reell.
- att samtliga delegeringar signeras via digitalsignering från och med mars 2023
- att natt- och dygnsfastemätning har genomförts två gånger under året.
- att följsamhet av basala hygienrutiner ska uppnås till 100 %. Uppföljning sker genom hygienronder kvartalsvis.
- att fortsätta utveckla teamarbetet mellan alla professioner.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Verksamhetschef:

- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet.
- Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten. Ansvarar även för att rutinerna är väl kända och efterlevs av samtliga medarbetare.
- Verksamhetschefen har under året 2022 haft det fulla ledningsansvaret enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80
- Ska främja kostnadseffektivitet.
- Tillse att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- Utreder händelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.
- Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Dokumenterar arbetet i en verksamhetsplan, kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Har tillsammans med verksamhetschefen ett ansvar för att brukaren ska få en säker och ändamålsenlig sjukvård. I MAS-ansvaret ingår även att tillse att författningsbeskrivningar och andra regler är kända och följs.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen (sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbaserat arbete).

### Läkarorganisation

Attendo Hagtorp har ett samarbete med Familjeläkarna i Saltsjöbaden. De har ett patientansvar för samtliga permanentboende, samt för de korttidsboende som kommer från sjukhus. Arbetet sker i samverkan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

### Händelsehantering

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera alla händelser i kvalitetssystemet.

---

met ADD. Verksamheten har en kvalitetsgrupp. I gruppen ingår kvalitets-  
samordnare och verksamhetschef och vid behov sjuksköterska.

Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samla in alla händelser under månaden  
och sammankalla verksamhetens kvalitetsgrupp en gång varje månad.  
Gruppen diskuterar övergripande kvalitetsfrågor samt strategier för enhetens  
löpande kvalitetsarbete. Kvalitetssamordnaren går igenom föregående månads  
händelser/avvikelser med analyser, åtgärder och uppföljningsansvar samt risk-  
bedömningar/ riskanalyser ur ett kundperspektiv.

Övergripande synpunkter och klagomål tas upp på arbetsplatsmöten. Protokoll  
förs vid varje möte och rapporteras i kvalitetssystem ADD.

Arbetet med att preventivt förhindra att allvarliga händelser uppkommer  
anslås i månadens kvalitetsprotokoll med åtgärder i samtliga avdelningars  
personalrum. Protokollet ska läsas igenom, signeras och följs upp av Attendo  
Hagtorps kvalitetsombud.

Det förebyggande arbetet baserat på information om inträffade händelser  
pågår ständigt i verksamheten. Arbetet diskuteras och följs upp i kvalitets-  
grupp, avdelningsmöten, APT och på ledningsgruppsmöten.

### **Synpunkter och klagomål**

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/ klagomål utreds och  
följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så  
fort det är möjligt, men inom 48 timmar. Verksamhetschefen gör också en  
åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/  
klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar. Alla synpunkter/klagomål  
tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesproto-  
kollet. Verksamhetschefen informerar beställaren kontinuerligt om de  
synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna  
synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens  
kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i  
verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de  
identifierade bristerna.

### **Lex Maria**

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en  
allvarlig skada ska en Lex Maria-anmälan göras till IVO. En händelseanalys  
ska påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Under 2022 har en utredning startats för att utreda en ev Lex Maria, där resul-  
tatets visade att det fanns en risk för ett allvarligt missförhållande

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

När en kund flyttar in ska en riskbedömning utifrån fall, nutrition och trycksår göras. Samma riskbedömningar görs sedan minst var 6:e månad och/eller vid förändrat hälsotillstånd. Vid risk för fall, trycksår eller undernäring upprättas en hälsoplan med problem, mål och åtgärd samt uppföljning.

Ett annat forum för identifiering av risker och händelser är de månatliga kvalitetsmöten. På kvalitetsmöte är kvalitetssamordnare och verksamhetschef närvarande och vid behov en sjuksköterska. Rapportering från kvalitetsmötet är en stående punkt på verksamhetens APT. Eventuella händelser följs framförallt upp genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelse-rapporter. Kunskap om vidtagna åtgärder återförs, förutom vid APT, av sjuksköterska till avdelningen för att preventivt inte fler patienter drabbas av de händelserna.

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under 2022 har HSL-dokumentationen förbättrats och fördjupats. Det har resulterat i att vid granskning av HSL-dokumentationen av Attendos MAS att dokumentationen blev 100 % godkänd enligt Attendos krav.

Under året 2022 har båda sjuksköterskorna arbetat heltid, samt haft två stycken trainee-sjuksköterskor bredvid sig. Detta har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att mer tid kunnat ges till dokumentation och reflektion mellan sjuksköterskorna. Dessutom har mer tid även kunnat ges ute på avdelningarna till patienterna, dess anhöriga samt till omvårdnadspersonalen.

Under året 2022 har även samarbetet stärkts mellan sjuksköterskorna på verksamheten och Mobila Teamets sjuksköterskor, vilket även detta bidragit till ökad patientsäkerhet.

Under året 2022 har sjuksköterskorna deltagit i en webbaserad sårutbildning kallad T.I.M.E, för att utöka kompetensen inom sårvård. Utifrån utbildningen har sjuksköterskorna kompetensutvecklat omvårdnadspersonalen i sårvård samt utvecklat sk sårombud på varje avdelning.

Under året 2022 har samtliga i personalen deltagit i en BPSD-utbildning på Hagtorp, för att öka kompetensen inom demens och bemötande gentemot personer med demenssjukdom.

Under året 2022 har en modell med korttidskoordinator påbörjats på korttidsavdelningen, i syfte att arbeta fram en effektiv och tydlig process för vistelsen vid korttidsplatsplacering. Korttids- koordinatören samverkar med bistånds-

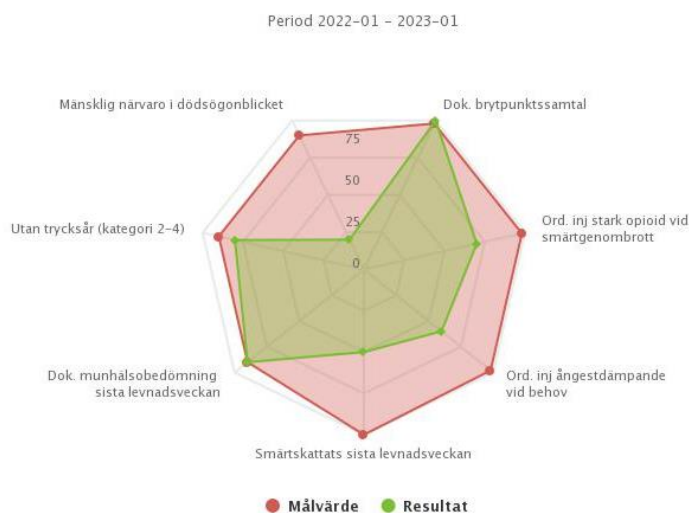
handläggare och sjuksköterskorna vid in- och utskrivning av nya boenden på korttids.

Under året 2022 har sjuksköterskorna handlett fyra stycken sjuksköterskestudenter.

Under år 2022 har 10 kunder som avlidit på Attendo Hagtorp. Av de 10 dödsfall som skett på enheten var samtliga registrerade i palliativa registret vilket motsvara 100%. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har under perioden erbjudit kund och i vissa fall närstående brytpunktssamtal.

## Spindeldiagram för 2022

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Ett mål för 2022 har varit att erbjuda samtliga kunder brytpunktssamtal där samtliga har erbjudits, dock har 10 % inte haft förmågan att delta vid samtalen.

Vid frågan om brukaren var helt smärtlindrad kan man utläsa att:

- 40% hade ingen smärta
- 40% fick total smärtlindring samt
- 20 % av fallen så vet man inte.

Arbetet med smärtlindring kommer att fortsätta under 2023.

Brytpunktssamtal

- Målvärde 98% Resultat 100%

Ordinering av stark opioid vid smärtgenombrott

- Målvärde 98% Resultat 70%

Ordination injektion ångestdämpande vid behov

- Målvärde 98 % Resultat 68%

Smärtskattning sista veckan

- Målvärde 100% Resultat 50%

Dokumentation munhälsobedömning



- Målvärde 90% Resultat 90 %  
Utan trycksår (kategori 2–4)
- Målvärde 90% Resultat 80%  
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket
- Målvärde 90 % Resultat 20%

Riskbedömningar har registrerats enligt rutin i Senior Alert. Utifrån dessa riskbedömningar som gjorts analyser. Man har dokumenterat och åtgärdat de risker som upptäckts. Skyddsåtgärder har satts in utifrån de boendes individuella behov. Skyddsåtgärder följs upp vart 3:e månad eller vid behov och finns dokumenterade i journalen.

Samtliga permanenta boende har under året erbjuds vaccinering mot Covid-19 samt influensavaccinering.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

*Egenkontrollen innefattar:*

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat
- målgruppsundersökningar
- granskning av journaler och annan dokumentation m.m.
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- analys av patientnämndsärenden
- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Under 2022 genomfördes tre (3) brukarundersökning Socialstyrelsen Brukarundersökning den sk ”Öppna jämförelser”. Attendo Hagtorp har dock ett resultat som ej är helt komplett då enkäten hade för få svar (> 7) på vissa frågor Dock kam man konstatera att den dammantagna nöjdheten uppgick till 57% samt att 100% av de anhöriga upplever att samarbetet fungerar bra i dessa siffror kan man tolka in möjligheten att träffa sjuksköterska och läkare samt om vetskapen kring vart man vänder sig med synpunkter och klagomål.

Attendo Hagtorp ingår i de brukarundersökningar som genomförs årligen inom företaget. Under året har två (2) undersökningar genomfört, i maj och oktober. Kundnöjdhets index i maj var 92,6% och i oktober 96,2%. Det kan ses som ett övergripande resultat från enkäten.

## Orsaksanalys

Brugarundersökningen för Attendo Hagtorp var under 2022 bristfällig då man enligt undersökaren fått in enkäter som enligt dem fyllts i av personal. Så har varit fallet då personalgruppen tillsammans med VC gick igenom HUR man skulle besvara enkäten och vi kunde utläsa att om vi som personal var delaktig vid besvarande så skulle vi ange det.

Nedan svar erhöles från utredare med anledning av att VC undersöker vad som skett

. ”Hej Cecilia!

*Jag har nu undersökt närmare hur de inkommande enkäterna registrerats. Det är tyvärr så att ett antal enkäter besvarades av enbart personal (bara detta alternativ ikryssat på fråga 26. Socialstyrelsen bestämde att ta bort rena personalsvar vilket är anledningen till att färre enkäter från er enhet inkluderas i resultatredovisningen. Jag kommer att informera Socialstyrelsen om att de behöver kommunicera dessa konsekvenser tydligt i förväg.*

Vänligen,

Antje Andersson

**institutet**  
för kvalitetsindikatorer”

Under året har en egenkontroll genomförts med resultatet 96,3% vilket innebär att verksamheten är godkänd enligt Attendo.

### Åtgärdsplan

Utveckla och bedriva aktiviteter på Attendo Hagtorp i syfte att öka svarsfrekvensens på socialstyrelsens brukarundersökning ”Öppna Jämförelser”

Kvalitetsgranskningen avseende läkemedelshantering har genomförts under 2022.

Antalet fall under 2022 har varit 75 st och antalet händelser kring läkemedelshantering har varit 30 st.

Granskning av HSL-dokumentationen görs enligt rutin av Attendos MAS. Under 2022 var HSL-dokumentation godkänd med 100 %.

## Orsaksanalys

Under året 2022 har Attendo Hagtorp haft en stabil sjuksköterskegrupp om två sjuksköterskor med möjlighet att arbeta heltid tack vare det politiska beslut om utökning av HSL-kompetens.

Det har inneburit en tydlig kontinuitet i omvårdnadsansvar samt inom de olika uppdragen inom övrigt HSL-arbetet. Patientsäkerheten har kunnat upprätthållas av verksamhetschef i samarbete med de bägge fast anställda sjuksköterskorna. Kontinuiteten i sjuksköterskegruppen har bidragit positivt i det teamarbete som sker kring varje kund.

Läkemedelshantering/administrering och dess avvikelser har även under 2022 minskat 17%. Där uppföljning och systematisk kompetensutbildning är en

tydlig framgångsfaktor som bibehållits under 2022. Vidare sker en kontinuitet i uppföljning av avvikelser av OAS med ett tydligt lärande inslag vid uppföljning. Det bidrar till den helhetssyn kring läkemedelshanteringen som vuxit fram på Attendo Hagtorp.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker med läkarorganisation Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Under 2022 har det inte skett något samverkansmöte på organisationsnivå med Attendo Hagtorp. På centranivå har Attendo Sverige AB däremot samverkat med läkarorganisationen. Det som berört verksamheten har Attendo Hagtorp fått ta del av via MAS. Verksamheten har samverkansavtal med Familjeläkarna i Saltsjöbaden både genom Attendo Sverige AB men också genom Upplands-Bro kommun.

Samverkan sker med Flexident för planering av besök rörande tandvård. Under 2022 har Flexident varit på plats för att göra munhälsobedömning av samtliga permanenta boende, för att därefter ha följts upp av både tandläkare samt tandhygienist.

Samverkan med kommunens MAS och kvalitetsansvariga sker regelbundet vid samverkansmöten med Upplands-Bro. Under året har Attendo Hagtorp samverkat vid regelbundna avstämningsmöten med anledning av COVID-19. Vid de mötena har samtliga privata utförare deltagit under ledning av biståndsenhetens chef.

Informationsöverföring säkerställs och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom så kallade morgonmöten med avdelningar måndag till fredag, sjuksköterskemöten och ledningsmöte en gång per månad. Varje vardagsmorgon genomförs dagliga rapporteringsmöten.

Attendo har avtal med Vårdhygien Stockholms läns landsting. Deras uppgift är att vara en expertfunktion med ett konsultativt arbetssätt. Genom undervisning, rådgivning och kvalitetssäkring hjälper de vårdens chefer och medarbetare att ge patienter/ vårdtagare en god och säker vård. Under året har samtlig personal genomfört den webbaserade hygienutbildningen inom Basala Hygienrutiner.

Samverkan sker med hjälpmedelscentralen Sodexo genom konsultation, utbildning och förskrivning.

## Risikanalyser

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, kvalitets- samordnare och vid behov sjuksköterska. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder.

Verksamhetschef/regionchef beslutar om åtgärder som ska vidtas mot bakomliggande orsaker och därefter följer ett förbättringsarbete med implementering av förändringar i verksamheten. Alla åtgärder följs upp för att säkerställa att de har avsedd effekt. Verksamhetschef informerar alltid Attendos regionala kvalitetsutvecklaren, MAS, som arbetar centralt och som i sin tur ansvarar för spridning av kunskaperna i företaget.

En riskanalys på individnivå upprättas alltid i samband med att en kund flyttar in på Attendo Hagtorp. Riskanalys på individnivå registreras i Senior Alert och utifrån den görs ett åtgärdsprogram. Detta registreras även som en hälso-plan i SafeDoc.

Verksamheten gör risk- och händelseanalyser på organisationsnivå vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetssätt. Riskerna bedöms utifrån storlek på allvarlighetsgrad och sannolikheten för att de ska inträffa, samt bedömer åtgärdsförslagets effekt utifrån en riskmatrismall.

Under 2022 har fyra (4) riskanalyser skett på organisationsnivå enligt riktlinjer från Attendo. Två av dem har berört förflyttningsteknik, en handhavande och delegering vid medicinteknisk utrustning och den fjärde berör säkerställande att man som anställd själv beställer COVID-19 test via ”Alltid Öppet”.

Riskanalyserna har följts upp med utbildning inom förflyttningsteknik samt säkerställa att samtliga medarbetare arbetar efter de lokala rutiner och riktlinjer vid förflyttningar som verksamheten har. Riskanalysen för den medicintekniska utrustningen följs upp av sjuksköterska vid en eventuell delegering. Det är sjuksköterskans uppdrag att säkerställa att delegerad omvårdnadspersonal är införstådd med uppdraget.

Verksamhetschefen följer upp att man som medarbetare förstår allvaret i att testa sig i syfte att inte smitta kunderna. För att underlätta beställning av COVID-test via ”Alltid Öppet” för medarbetare har ett internt PM förmedlats samtliga anställda hur de ska gå tillväga vid beställning

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Det är verksamhetschefens ansvar att göra en behovs- och riskanalys inför behörighetsgivning till respektive medarbetare innan tillgång till systemet delges medarbetaren. Medarbetare ska ha tillgång till de journaler som krävs för att medarbetaren ska kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Behovs- och riskanalys ska dokumenteras i personakten för varje medarbetare. Om medarbetaren senare behöver flera rättigheter ska ny behovs- och riskanalys utföras av verksamhetschefen och dokumenteras.

Alla nuvarande systemanvändare har aktuella behovs- och riskanalyser och samtliga systemanvändare kontrolleras genom loggningskontroller kvartalsvis. Under årets loggningskontroller har inget avvikande kunnat påvisas.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser/Händelser

Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för att det finns kvalitetssystem, att dessa är kända av medarbetarna, samt att man systematiskt arbetar med att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten på enheten. I ansvaret ingår också att se till att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplats-träffar. I Attendo Hagtorps kvalitetsledningssystem finns tydlig rutin för händelsehantering rapporteringsskyldighet. I denna rutin framgår det klart kring HSL-personalens rapporteringsskyldighet utifrån det lagrum som förekommer/uppträder vid en händelse/händelser:

- HSL: Samtliga händelser som berör allt inom Hälso- och sjukvård. Så som tex läkemedelsavvikelser och fall.

Riktlinjen innehåller en tydlig definition av vad en händelse är. När en händelse eller risk för händelse upptäcks ska händelsen dokumenteras. I riktlinjen finns tydliga instruktioner hur man rapporterar en händelse.

### Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Maria-anmälan göras till IVO. En händelseanalys ska omgående påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

### Information till patient och/eller närstående

Har det inträffade inneburit risk för patienten att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom ska denne underrättas om att anmälan gjorts till IVO. Om patienten är oförmögen att ta emot eller förstå information ska närstående informeras.

### Verksamhetenschefens ansvar

- Rapportera till Attendos MAS samt informera MAS i Upplands-Bro. Skicka kopia på rapport till Attendos MAS, originalet bifogas med journalen
- Påbörja en risk- och händelseanalys

### Dokumentation

- Skriv händelserapport i Attendo ADD. Skriv ner det inträffade så fort som möjligt så att inte viktiga detaljer glöms bort.
- Patienten ska i samband med att en anmälan upprättas ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.
- Dokumentera i HSL-journalen.

Anteckning ska göras i journalen att anmälan är gjord samt att patient och/eller närstående underrättas samt att regionchef, kvalitetsutvecklare, informationschef och beställare informerats.

## Klagomål och synpunkter

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

Ledningen ska alltid vara lyhörd för förslag och synpunkter från patienter, närstående och medarbetare. När en medarbetare får ta emot synpunkter/ klagomål går hen aldrig in i försvarstal eller försvarsställning utan:

- lyssnar utan att avbryta
- tar reda på vad som har hänt. Visar att hen är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som ”hur, varför, när, vad?”
- svarar så gott hen kan
- om hen inte kan svara hänvisar hen till sjuksköterska eller verksamhetschef
- rekommenderar att en synpunktsblankett fylls i och erbjuder vid behov sin hjälp med att fylla i blanketten

Synpunktsblankett ”Vi vill bli bättre” finns i entrén. Om en medarbetare får ta emot en muntlig synpunkt/klagomål, erbjuder hen alltid den som lämnar synpunkten/klagomålet att skriva ner det på avsedd blankett. Om endast muntlig synpunkt lämnas ansvarar medarbetaren för att skriva ner synpunkten/klagomålet så snart som möjligt och lämna till verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar om hur man lämnar synpunkter och klagomål i samband med inflytt.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/ klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och team-möten. Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet, samt som en händelse i Attendo ADD. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar beställaren kontinuerligt om de synpunkter/ klagomål som inkommer till verksamheten.

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Rutin finns för hur patienten görs delaktig i sin planering av vård/behandling och omsorg. Information ska ges på ett sätt så att patient och närstående upplever delaktighet och att de kan medverka i vården/omsorgen.

Vårdplanering ska ske senast 14 dagar efter inflytt och sedan minst 1 gång/år eller oftare vid förändrat hälsotillstånd. Vårdplaneringen är ett utmärkt forum för kunden och eventuella närstående att framföra synpunkter avseende hur vi kan förebygga vårdskador eller på annat sätt förbättra patientsäkerheten.

Då en vårdskada inträffat informerar vi alltid patient och/eller närstående som då får möjlighet att medverka i arbetet kring vårdskadan.

Närstående bjuds in till närståendemöte två gånger per år där möjlighet att framföra synpunkter och förslag för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt finns. Under året har två (2) närståendemöte kunnat genomföras. Verksamheten har under kvartal fyra infört ett anhörigråd som haft tre fysiska möten och ett digitalt möte.

Under 2022 insjuknade delar av verksamheten i Covid-19 vid två (2) tillfällen. Vid bägge tillfällen informerat verksamhetschefen samverkanspartner och anhöriga dagligen om den aktuella situationen på Attendo Hagtorp.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

### Sammanställning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Under 2022 har Attendo Hagtorp tagit emot två (2) stycken synpunkter/klagomål:

- Vid ett tillfälle har brister i procedurer, rutiner och riktlinjer förekommit. Vidare kan man se att vid det andra tillfällena har brister i kommunikation och information skett.

Under 2022 har ytterligare sju (7) allvarliga händelser utretts inom Attendo Hagtorp

- Vid sex (6) händelser klassificeras de till "Övriga allvarliga händelser" tillfälle har vid tre (3) tillfällena risker i procedurer, rutiner och riktlinjer, vid två (2) tillfällena brister i kommunikation och information skett samt vid ett (1) tillfälle finner utredaren brister i utbildning och kompetens.
- Vid ett (1) tillfälle haren Lex Sara utredning gjorts utifrån att ett allvarligt missförhållande. Här har utredaren sett risker i procedurer, rutiner och riktlinjer.

Samtliga har utretts med åtgärdsplan som är åtgärdade.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

- Samtliga anställda genomför den webbaserade utbildningen inom Basal Hygienutbildning och Livsmedelshygien.
- Samtliga anställda har genomfört utbildning inom förflyttningsteknik
- Samtliga anställda har genomfört webbaserad utbildning inom Demens samt erbjudits utbildningsdag i ämnet
- Delegeringsutbildning har under året 2022 följs upp kontinuerligt med kompetenshöjande inslag. Uppföljning av delegeringar görs enligt rutin varje år och förnyas vid behov.
- Morgonmöten innehåller stödjande kompetensutbildning, bland annat trycksårsprevention, inspektion- och observationsutbildning.

### Processmått:

Under 2022 har samtliga permanenta boenden genomgått en riskbedömning som har registrerats i Senior Alert.

På korttidsavdelning har riskbedömningar gjorts där man vid överrapportering från sjukvården sett en risk.

Samtliga permanenta boenden har under året haft en läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.

Samtliga dödsfall har registrerats i Palliativa registret.

### Resultatmått:

Under året har Attendo Hagtorp inte, efter utredningar, konstatera några uppkomna vårdskador.

Inga vårdrelaterade infektioner har kunnat konstaterats under 2022.

### Måluppfyllelse:

Under året har vi genom kontinuitet, både i sjuksköterskegruppen och i personalgruppen, erhållit den kompetensutveckling som vi önskat.

- Läkemedelsavvikelserna har minskat med 17%
- Trycksårsprevention har givit resultat
- Inkontinensutbildning för sjuksköterskor har resulterat i ett fortlöpande arbete att följa upp och förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel
- Basala hygienrutiner följs och är djupt förankrade i verksamheten
- Inga vårdrelaterade infektioner har skett.



---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2023 är:

- att bli godkänd i HSL-dokumentationen
- att registrera samtliga riskbedömningar i Senior Alert.
- att samtliga kunder ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar med hälsoplaner.
- att registrera samtliga dödsfall i Palliativa registret.
- att samtliga kunder erbjuds brytpunktssamtal.
- att samtliga delegeringar signeras via digitalsignering från och med mars 2023
- att fortsatt kompetensutveckling sker inom T.I.M.E sårvård
- att samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning inom Demens ABC.
- att samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.
- att natt- och dygnsfastemätning har genomförts enligt rutin
- att följsamhet av basala hygienrutiner ska uppnås till 100 %. Uppföljning sker genom hygienronder kvartalsvis.
- att fortsätta utveckla teamarbetet mellan alla professioner.



# Patientsäkerhetsberättelse för Humana Lillsjö Badväg

År 2022

2023-02-28

██████████  
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, HSL ansvarig

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 2017-03-0*

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Informationssäkerhet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Samverkan med patienter och närstående	11
Sammanställning och analys	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	16

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

## Sammanfattning

Lillsjö Badväg i Upplands-Bro kommun norr om Stockholm, är Humanas äldreboende i egen regi som kombinerar modern teknik och komfort. Verksamheten består av 80 enrumslägenheter. Mål under år 2022 har varit att fortsätta aktivt arbeta i och med ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet med god patientsäkerhet bland annat genom fungerande dokumentation, riskbedömning, avvikelshantering och läkemedelshantering, palliativ vård samt att rutiner för basal vårdhygien är kända och efterföljs. Verksamheten bedriver ett aktivt patientsäkerhetsarbete bland annat genom:

**Teamarbete:** Strukturerat samarbete i team har lett till många idéer. Vi har arbetat med förändringsarbete internt gällande team, arbetssätt och digitala lösningar för att öka kontinuiteten och därmed även patientsäkerheten

**Preventivt arbetssätt:** Genomförda riskbedömningar, MNA, DFRI och ROAG har varit ett förebyggande arbetssättet som präglat av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

**Helhetstänkande:** Tillgång till NPÖ, registreringar i kvalitetsregistret, ett preventivt arbetssätt, reflektion över resultat och förbättringsarbete medfört ett metodstöd och holistiskt synsätt för hälso- och sjukvårdspersonaler.

**Egenkontroll:** Kontinuerliga egenkontroller enligt ledningssystemet.

Under 2022 har Lillsjö badväg har utförts:

- Loggkontroller i datajournalssystem, SafeDoc för informationssäkerhet har genomförts under året. Ingen obehörig åtkomst har skett.
- Säker läkemedelshantering och minska läkemedelsavvikelser genom utbildning och elektroniska signeringar av läkemedel.
- Årlig läkemedelsgenomgång under året med målet att minska antalet läkemedel och på så sätt öka välbefinnandet och minska antalet fall.
- Fallrund i samarbete med läkare som ett led i att förebygga fall samt sätta in och utvärdera åtgärder efter fall.
- ICF-utbildningen för ökad dokumenteringskunskap i patientjournal.
- Ett nytt schema för sjuksköterskor som är på plats även helger
- Granskning av patientjournalerna utifrån standardiserade mallar har genomförts. Uppföljning av åtgärderna har gjorts under året.
- Natfastamätning har utförts under året och visade ganska goda resultat.
- Årlig apoteksgranskning visade god kvalitet i läkemedelshantering.
- Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård genomfördes av Upplands-Bro. Åtgärder har vidtagits efter synpunkter från tillsynen.
- Utbildningar i BPSD har genomförts och ska fortsätta kompetensutveckling i demensvården genom utbildningar under 2023.
- Munvårdsutbildning och palliativutbildning har skett under 2022.
- Smittförebyggande i verksamheten genom kontinuerliga hygienkontroller.
- Utbildningar i Basala hygienrutiner och uppföljning genom egenkontroller.
- Inköp av medicinsktekniska produkter för att höja en god patientsäkerhet.

## Övergripande mål och strategier

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

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård. För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- implementera Humanas delegeringsutbildning
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning 2022](#)

[Kvalitetsredovisning](#)

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa [Parus ledningssystem](#).

Ledningssystemet Parus (Process, Aktivitet, Rutin, Uppföljning, Samverkan) är uppbyggt utifrån SOSFS 2011:9. Parus beskriver vår lednings- och kärnprocess samt våra stödprocesser. Varje process har ansvarig processägare. Samtliga processer mäts och övervakas regelbundet genom olika rapporter för att kunna fungera optimalt och följer processmetodiken "Plan, Do, Check, Act".

I det dagliga arbetet fungerar Parus som ett redskap, en konkret handbok. Genom sin tydliga uppbyggnad, med grund i den praktiska verksamheten, är det lätt för personalen att orientera sig i ledningssystemet och hitta rutiner, tillhörande dokument eller den uppföljning som de söker. I Parus läggs verksamhetens lokala instruktioner fortlöpande in. Systemet ger genom sin uppbyggnad verksamheten stöd i arbetet. Resultat av egenkontroller och internkontroller läggs in i systemet och visar på ett enkelt sätt när handlingsplaner behöver upprättas.

## MAS

MAS bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boenden. I uppgifterna ingår att utarbeta rutiner bland annat för läkemedelshantering, delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter och dokumentation samt följa upp att dessa följs. MAS är anmälningsansvarig gällande Lex Maria till Socialstyrelsen om en patient i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.

Genom årlig kartläggning följer Humana MAS för hälso- och sjukvården upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården samt redovisar dessa i till Humana ledning.

### **Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef**

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose boendes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, samt att verksamheten bedrivs enligt avtal, företagets kvalitetsledningssystem samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Verksamhetschefen har tillsammans med biträdande verksamhetschef ansvaret för planeringar och uppföljningar för verksamhetens utveckling och att de rutiner och riktlinjer som Humana fastställer är väl kända i verksamheten. Tillsammans med HSL-personal kvalitetssäkras Hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Verksamhetschefen har överlåtit ledningsuppdrag, hälso- och sjukvård vilket innebär att ansvaret för uppgiften fortfarande är verksamhetschefens, enligt 4 kap 2§ HSL (2017:30), men att den utförs av en annan person

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal, dvs sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser till MAS och verksamhetschef. Det finns tilldelade ansvarsområden/uppgifter från verksamhetschef till sjuksköterskor.

### **Gruppledare**

Gruppledare, som är en av stödfunktionerna, ingår även i vårdarbetet. Gruppledaren ansvarar för den löpande personalplaneringen såsom sjukfrånvaro och semesterplanering. Tillsammans med biträdande verksamhetschef anställa och ha ansvar för introduktion av ny personal och ger handledning till anställda och praktikanter. I ansvaret ingår att hantera Medvind som är ett schema- och tidsrapporteringsprogram. Det ingår även uppföljning av kontaktmannaskap, social journal, genomförandeplaner, egenkontroller.

### **Omsorgspersonal**

Omsorgspersonalen har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling.

Lillsjö Badväg verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och gruppledare finns tillgängliga alla vardagar. Verksamheten har en tillgänglig sjuksköterska dygnet runt för verksamheten, under dagtid på plats och under jourtider på distans genom telefonkonsultation där sjuksköterska kommer till verksamheten vid behov. Varje boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Det finns fyra tillsvidareanställda sjuksköterskor som delar ansvaret över 80 patienter. På kvällar och nätter är det Accresco mobila sjukskötersketeam som bemannar Lillsjö Badväg från kl.16-07. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå på vardagar. Samtlig HSL-personal samt företagets MAS är stödfunktioner för verksamhetschef.

Verksamheten har även tillgång till läkare dygnet runt. Läkaren har planerade besök på verksamheten två gånger i veckan.

Varje våning, med 20 patienter vardera, har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har ansvar att bedöma patientens hälsotillstånd, fastställa omvårdnadsdiagnoser, planera omvårdnaden och utvärdera patientens hälsotillstånd utifrån fastställda mål och att dokumentera omvårdnadsprocessen samt läke-

medelshantering.

Arbetsterapeut och sjukgymnast genomför bedömningar för att utreda behov, sätta upp mål och åtgärder för behandling tillsammans med kund och omvårdnadspersonal. Genom observation och undersöknings- och mätmetoder utreds patientens aktivitetsförmåga avseende ADL. De gör även utprovningar för specifika produkter och hjälpmedel samt ordinerar träningar, samt dokumenterar omvårdnadsprocessen. Arbetsterapeut och sjukgymnast ingår även i aktivitetsteamet tillsammans med aktivitetsansvarig och ska initiera gruppaktiviteter och gruppträningar.

Omvårdnadspersonalen utför sina uppgifter enligt rutiner och insatser enligt kundens behov och genomförandeplan. I ansvaret ingår att upprätta en genomförande plan samt dokumentera enligt SoL samt att vara kontaktman för boende. I ansvaret ingår också att kunna motta delegering och rapportera till legitimerad personal om förändringar i den enskildes hälsotillstånd. I kontaktmannskapet ingår speciellt uppdrag och även olika ansvarsområden. På varje avdelning finns utsedda aktivitets-, kost-, inkontinens- samt kvalitetsombud. Det finns även brandombud på verksamheten. Aktivitetsansvarig arbetar med gemensamma aktiviteter för boendets kunder. Alla medarbetare har skyldighet att följa de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Vi arbetar med ledningsgrupp och kvalitetsråd som består av sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, gruppledare och personal från samtliga enheter. Verksamhetens kvalitetsråd har huvudsakligen diskuterat även Covid läget under 2022 och lyft nyheter och rutiner som berört patienter allmänt under året. Vi har arbetat med dokumentation, samt uppföljning av avvikelser/klagomål och avtalsuppföljning. Handlingsplaner har tagits fram med åtgärder där samtliga yrkesgrupper har varit delaktiga.

På arbetsplatsmöten har vi en återkommande punkt som är avvikelser och en annan punkt gäller eventuella klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga.

Vi har teammöten en gång i vecka där vi använder oss av en checklista för att gå igenom de olika behoven hos den boende. Mötena bygger på en tvärprofessionell samverkan för att ge personcentrerad vård och omsorg. Teamet består av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktman. På mötet fastslås och antecknas vilka åtgärder som bör vidtas samt vem som ska ansvara för att det utförs. Åtgärder och resultat utvärderas systematisk.

Vi rapporterar avvikelser i DF-Respons. Rutiner finns för Självskattning och observation av följsamhet till basala hygienrutiner finns på verksamheten. Vi arbetar med att förebygga smittspridning genom utbildning till personal, självskattning och observation av efterföljning av de basala hygienrutinerna.

Vi arbetar kontinuerligt läkemedelsgenomgångar av ansvarig läkare från familjeläkarna som erbjuder alla patienter en årlig hälsokontroll

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Lillsjö Badvägs mål under år 2022 har varit att fortsätta bygga upp en verksamhet med god patientsäkerhet bland annat genom fungerande dokumentation, riskbedömning, avvikelshantering och läkemedelshantering samt att rutiner för basal vårdhygien är kända och efterföljs. Till hjälp att uppfylla kraven på god patientsäkerhet så har Humana Omsorg sitt ledningssystem med namnet PARUS utifrån direktiven i Socialstyrelsens författning, SOSFS 2011:9. Vid framtagandet av PARUS kartlades viktiga processer och utifrån de identifierade processerna har kvalitetsledningssystemet byggts. Namnet PARUS syftar på den röda tråd som systemet byggs upp kring: Processer - Aktiviteter - Rutiner - Uppföljning och Samverkan. Kvalitetsledningssystemet är i vår organisation något väldigt konkret och fungerar som ett redskap i det dagliga arbetet. För personalen fungerar kvalitetsledningssystemet som en handbok. Vårt kvalitetsledningssystem är för vår verksamhet ett heltäckande och levande system som utvecklas i takt med vår verksamhet utvecklas.

Lillsjö Badväg har arbetat med DF Respons, som är Humanas avvikelssystem. Med hjälp av de avvikelser som kommit oss tillhanda har vi kunnat skapa oss en god kännedom om de olika förbättringsområden som finns att sträva mot och kunnat kartlägga vilka åtgärder som behövt vidtas.

I samtycke med de boende arbetar vi med kvalitetsregister i Senior Alert, inom områdena trycksår, nutrition, fall och munhälsa. Dessa registreringar sker i team där sjuksköterska, undersköterska och rehab personal ingår. Registreringarna görs i syfte att identifiera risker och vilka åtgärder som tas för att förebygga dessa.

Vi jobbar med smittförebyggande i verksamheten genom kontinuerliga hygienkontroller. Fortsatt fokus har legat på följsamhet till basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler, gällande rutiner vad som gäller skyddsutrustning och source control.

Nattfastemätningar utförs kontinuerligt på Lillsjö Badväg, om registreringarna påvisar risk upprättas vårdplan för den boendes välbefinnande och säkerhet.

Lillsjö Badväg har rutin och instruktion för medicintekniska produkter som de boende har behov av, i dessa framgår tydligt vem som är ansvarig för beställning respektive service av hjälpmedlen. Funktionskontroll av hjälpmedlen sker kontinuerligt och dokumenteras.

Det finns rutin och instruktion på Lillsjö Badväg för läkemedelshantering. Instruktionen belyser alla led av läkemedelshandlingen, från ordination till uppföljning av den boendes läkemedelsbehandling. I instruktionen finns hur kontroller sker av signeringslistor i det digitala.



## Nationella kvalitetsregister

Vi har arbetat med palliativa registret som är ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede. Registret innehåller uppgifter om brytpunkt-samtal, trycksår, symtom och ordinationer mot smärta, rosslig andning och ångest samt smärtskattning och munhälsobedömning under sista levnadsveckan. Vi använder resultatet av registrering för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. På registrets hemsida finns olika typer av kunskapsstöd i form av t.ex. det Nationella vårdprogrammet och andra dokument som hjälper oss att kunna erbjuda en jämlik och god vård. Vi lämnar till anhörig eller närstående närståendebroschyr från registrets hemsida.

I samtycke med de boende arbetar vi med kvalitetsregister i Senior Alert, inom områdena trycksår, nutrition, fall och munhälsa. SeniorAlert är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Dessa registreringar sker i team där sjuksköterska, undersköterska och rehab personal ingår. Registreringarna görs i syfte att:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktninskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

## Uppföljning genom egenkontroll

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

### Mätmetod

Vi deltar kontinuerligt i relevanta nationella kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativa registret. Detta gör att vi kan hålla oss uppdaterade gällande jämförelser och resultat även från andra organisationer.

Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser i Parus och klagomål samt uppföljning av journaldokumentationen, SafeDoc. Alla avvikande händelser skall rapporteras. Tvärprofessionella genomgångar skall ske regelbundet. Arbetet skall fokusera på händelsen samt åtgärdsförslag, uppföljning och riskanalys i preventivt syfte. Månatlig statistik från avvikelshanteringssystemet, Parus används för uppföljning.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten har en rad samverkanspartners. Verksamheten har ett samarbete med ett antal omvårdnadsskolor där vi tar emot elever ifrån. Verksamhetschef deltar i av kommunen anordnade samverkansmöten. HSL-ansvarig deltar i möten med läkarorganisationen som genomförs minst en gång per termin. Läkarsamverkan sker via läkarorganisationen Familjeläkarna. Ansvarig läkare besöker Lillsjö Badväg två gånger per vecka och utför hembesök när det är medicinskt indicerat. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska planerar inför besöket vad som ska tas upp på blankett som är underlag vid läkarbesök

ket. Ansvarig läkare nås måndag – fredag kl. 08-17 per telefon. Under kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkare på Familjeläkarna vid behov. De har också tillgång till kundernas journaler.

Lillsjö Badväg har avtal med kommunerna Upplands-Bro, Täby, Nacka, Valentuna, Sollentuna och Stockholm Stad. Vi eftersträvar god kommunikation, allt för att det ska bli så bra vård och omsorg kring kunderna. Tillsynen på Lillsjö Badväg sker från varje kommun. Då Lillsjö Badväg är i egen regi är Humanas MAS ytterst ansvarig, men har även god samverkan med MAS i Upplands-Bro kommun. Det finns regelbundna samverkansmöten.

När risk uppstår gällande förflyttning eller mobilisering hos kund, kontaktas omedelbart rehab som finns på plats på Lillsjö Badväg måndag till fredag. De gör bedömning för vilka hjälpmedel som kan vara aktuella och instruerar aktuell personal. På kvällar och nätter är det Accrescos mobila sjukskötersketeam som bemannar Lillsjö Badväg. Det mobila sjukskötersketeamet har tillgång till vårt dokumentationssystem. Verksamheten har samarbete med Flexident tandläkare och tandhygienister som utför munhälsobedömningen och behandlingar.

Dietist, medicinsk foterapeuten och logoped har samverkat i patientsäkerheten för att ytterligare ge den enskilde en så optimal livssituation som möjligt.

## Risakanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Risakanalys görs fortlöpande för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Ur arbetsmiljösynpunkt upprättas en riskanalys för varje boende vid inflytt och följs sedan upp kontinuerligt i teamet. Om risk finns görs en handlingsplan. Information sker sedan för att all personal ska få vetskap. Ett tvärprofessionellt team träffas en gång i veckan och gör riskbedömning Senior Alert (Norton, Downton, MNA och ROAG) på alla patienter. Genom regelbundna möten och ett bra samarbete i HSL-gruppen har vi haft möjlighet att förebygga uppkomst av risker och avvikelser. Händelser som har inträffat analyseras vid dessa möten ytterligare en gång i syfte att säkerställa så att tillräckliga åtgärder är vidtagna och att det inte finns systematiska fel i verksamheten.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

På Lillsjö Badväg arbetas systematiskt med att öka säkerheten för kunderna. Humana har en rutin för avvikelshantering i PARUS, vi har också en lokal instruktion för Lillsjö Badväg som kompletterar rutinen. Avvikelsehantering är ett arbetssätt att kvalitetssäkra verksamheten. På ett systematiskt sätt identifieras, rapporteras/registreras, analyseras, åtgärdas, följs upp och återförs information om avvikelse och riskområden. Avvikelser av dignitet lyfts på APT så att medarbetarna får vara delaktiga i det fortlöpande förbättringsarbetet då de har stor kunskap i hur arbetet bedrivs och hur kunderna påverkas av de förändringar som genomförs.

När något avvikande inträffar i verksamheten, oavsett om det gäller SoL, HSL, livsmedelshygien eller arbetsskada ska händelsen rapporteras direkt i DF Respons, som är Humanas system för avvikelser. Avvikelserna går sedan igenom av legitimerad personal på Lillsjö Badväg och tas upp på morgonmöte, team-möte, APT samt kvalitetsråd. Vid avvikelser av allvarlig art kontaktas även MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). Återkoppling sker till omvårdnadspersonal, antingen direkt till berörd person och/eller till närstående vid behov.

### Hantering av klagomål och synpunkter

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

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var de kan vända sig med sina synpunkter. I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om synpunkter och klagomål. Kontaktpersonen gör även en muntlig information i samband med inflytt.

Det finns avsedd blankett och brevlåda uppsatt i trapphusets entré. Tyck till om oss och det går även att rapportera in synpunkter och klagomål via vår hemsida, [www.humana.se](http://www.humana.se)

På Lillsjö Badväg finns ett system för hur vi tar emot klagomål och synpunkter. Alla klagomål och synpunkter som kommer in ska registreras i Humanas avvikelssystem DF Respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande för vidare åtgärder. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Klagomål och synpunkter kan även komma via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter kommer att sammanställs inför kvalitetsråd av verksamhetschef. Kvalitetsfrågor tas även upp på APT.

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På Lillsjö Badväg sker samverkan genom ett nära samarbete tillsammans med patient och, där patient lämnat samtycke, även närstående där de är delaktiga i den vård som bedrivs. Att göra patient och anhöriga delaktiga i vården i och kring patienten är också viktigt för känslan av sammanhang och meningsfullhet. Vid inflyttning kan patienten lämna samtycke till informationsöverföring samt att delta i olika kvalitetsregister.

Nyinflyttad patient får inskrivningssamtal av sjuksköterska/läkare och därefter årskontroller. Om patienten önskar bjuda anhöriga in av sjuksköterska till dessa läkarbesök. Anhöriga kan tillfrågas att delta inför uppdatering av genomförandeplaner, om patienten önskar detta. Det finns också möjlighet för patienter eller anhöriga att begära enskilda samtal med läkare och/eller sjuksköterska när behov uppstår för att diskutera vården.

Närstående som bor i närheten har möjlighet att träffa personal vardag som helg på Lillsjö Badväg för samtal om det önskas. För närstående som bor längre bort och inte har samma möjlighet att besöka oss etablerar vi telefonkontakt. När en ny kund flyttar in tillfrågas alltid närstående vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet. De tillfrågas också om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i kundens omvårdnadsjournal.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Alla klagomål och synpunkter som kommer in ska registreras i Humanas avvikelssystem DF Respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande för vidare åtgärder. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs inför kvalitetsråd av verksamhetschef. Kvalitetsfrågor tas även upp på APT.

Vi har arbetat med att säkerställa läkemedelshantering genom dialog, förbättrade rutiner och planering. När det gäller fall arbetar vi förebyggande med Senior Alert där vi gör riskbedömningar och sätter in åtgärder samt följer upp. Samtliga avvikelser rapporteras och följs upp i IT-verktyget DF Respons. Fall och läkemedelsavvikelsena går sedan igenom av legitimerad personal på Lillsjö Badväg och tas upp på morgonmöte, team-möte, APT samt kvalitetsråd. Vid avvikelser av allvarlig art kontaktas även MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). Återkoppling sker till omvårdnadspersonal, antingen direkt till berörd person och/eller till närstående vid behov.

Vi har haft några synpunkter kring HSL utifrån inkomna klagomål och synpunkter, men inga allvarliga. Klagomålet har vidarebefordrats till familjeläkarna som var ansvariga. Samariten ambulans hade synpunkter och förslag på sjuksköterska på plats kvällstid och inte en joursjuksköterska, även

förslag på fler undersköterskor på natten minst två personal per våning.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Resultat Lillsjö Badvägs mål under år 2022 har varit att fortsätta bygga upp en verksamhet med god patientsäkerhet bland annat genom fungerande dokumentation, riskbedömning, avvikelshantering och läkemedelshantering samt att rutiner för basal vårdhygien är kända och efterföljs. Verksamheten har jobbat med ett säkert mottagande av inflyttade kunder, god samverkan med läkarorganisation och fortsatt säkerställa att alla övergripande rutiner och lokala rutiner som behövs, finns på plats och kända för alla.

Verksamheten bedriver ett aktivt patientsäkerhetsarbete bland annat genom arbete i olika kvalitetsregister som Senior Alert, och Palliativa registret. I samtycke med de boende har Lillsjö Badväg arbetat med kvalitetsregister i Senior Alert, inom områdena trycksår, nutrition, fall och munhälsa. Dessa registreringar sker i ett multiprofessionellt team där sjuksköterska, undersköterska och rehab personal ingår.

Avdelningarna bemannas dygnet runt av undersköterskor. Sjuksköterskor finns på plats dagtid måndag-söndag. Kväll och natt har mobila sjuksköterskor ansvar.

På Lillsjö Badväg har vi kvalitetsombud. Kvalitetsombudens uppgift är vara drivande i kvalitetsutvecklingsarbetet och patientsäkerhetsarbetet. De skall informera fortlöpande om kvalitetsrådets arbete till medarbetare och förmedlar fattade beslut till alla medarbetare samt närvarar och deltar i kvalitetsråd. På APT och i kommande kvalitetsråd har avvikelser gått igenom och åtgärdats.

Patientsäkerhetsarbetet har fokus på smittförebyggande i verksamheten genom kontinuerliga hygienkontroller och utbildningar. Fortsatt fokus har legat på följsamhet till basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler, gällande rutiner vad som gäller skyddsutrustning och source control.

Flera olika åtgärder har satts in på alla nivåer i verksamheten. Utbildningar i Basala hygienrutiner, COVID rutiner och skyddsutrustning, har genomförts och följs upp genom egenkontroller.

Årets kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård genomfördes av Upplands-Bro. Åtgärder har vidtagits efter synpunkter från tillsynen.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt gällande föreskrifter genomfördes 20/5 av leg apotekare. Ett antal stickprov gjordes och dessutom en allmän översyn i flera förbrukningsjournaler tillhörande såväl individ som förråd. Journalföringen är god och noggrann och kontroller utförs enligt uppsatta rutiner. Det råder god ordning i läkemedelsförråd och i skåpen i lägenhet. De förbättringsförslag som identifierades gällde tydliggörande av lokala instruktioner vilket åtgärdades.

Loggkontroller i datajournalssystem, SafeDoc för informationssäkerhet har genomförts under året. Ingen obehörig åtkomst har skett.

Nattfastemätning utförts två gånger under 2022 och visat genomsnitt 12 timmar.

Munvårdsutbildning har skett vid två tillfällen under november 2022.

Ansvarig läkare, Familjeläkarna har genomförts årlig läkemedelsgenom-

gång under året med målet att minska antalet läkemedel och på så sätt öka välbefinnandet och minska antalet fall.

Fallrond i samarbete med läkare som ett led i att förebygga fall samt sätta in och utvärdera åtgärder efter fall.

Tillgång till Nationell patientöversikt, NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av utvald journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.

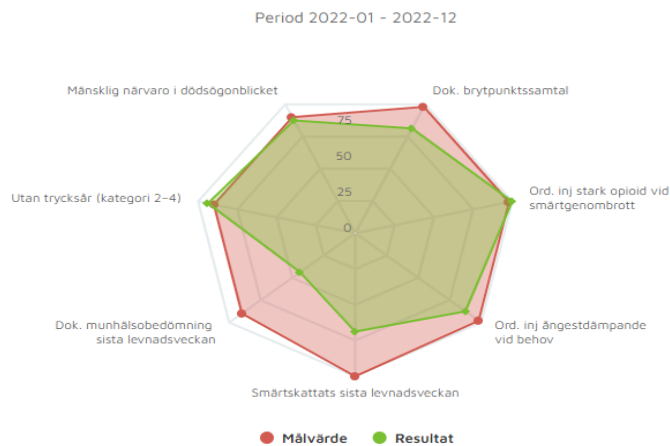
utbildningar i BPSD (beteende med psykiska symtom vid demens) har genomförts under 2022 och kommer att genomföras även under 2023.

Inköp av medicinsktekniska produkter såsom bladderskan som bidrar till en hög patientsäkerhet, förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen och inte minst höjd livskvalitet för patienten

Många utbildningar bland annat: Läkemedelshantering, Mäta för att veta - Låt dig inspireras till förbättringsarbete, sårvårdsutbildning i två steg, Talking Mats, ICF-utbildning, Lärande webinarium om personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid demenssjukdom, Palliativ vård, webinarium om Nutritionsbehandling av svårärläta sår, Förflyttningskurs.

Registrering i Palliativ register med syfte att förbättra vården i livets slut, och har visat behov av smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning i livets slutskede på ett kontinuerligt och strukturerat sätt. Registrering visar förbättring av smärtskattning.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



## Avvikelser

### Typ av händelse

Typ	Antal	Fördelning
Fall	136	42,5%
Läkemedelshantering	84	26,3%
Utförande, omsorg, behandling, stöd	28	8,8%
Annan	27	8,4%
Medicinteknik och hjälpmedel	22	6,9%
Information, kommunikation, samverkan	10	3,1%
Hot, våld och trakasserier	5	1,6%
Dokumentation, dokumenthantering	5	1,6%
Tvångs- och begränsningsåtgärder	2	0,6%
Livsmedelshantering	1	0,3%
<b>Totalt</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>

### Konsekvenser efter fall:

Sårskada	25	7,3%
Fraktur	4	1,2%

Läkemedelshantering	Antal	Fördelning
Utebliven medicinering	53	17,7%
Fel dos	5	1,7%
Fel tidpunkt	4	1,3%
Signering av läkemedelshantering saknas	3	1,0%
Fel administrationssätt	1	0,3%
Narkotiska läkemedel	1	0,3%

Vi arbetar med att säkerställa läkemedelshantering genom dialog, förbättrade rutiner och planering. När det gäller fall arbetar vi förebyggande med systematiska kvalitetsarbete Senior Alert där vi gör riskbedömningar och sätter in åtgärder samt följer upp i syfte att dra lärdom och vidta långsiktiga åtgärder inom ramen för patientsäkerhetsarbete.

Antal fall och läkemedelsavvikelse har minskat under 2022. En del av avvikelse har registrerats under fel rubrik ”Medicinteknik och hjälpmedel”. Utbildning och handledning är ett pågående arbete och leds av arbetsterapeut och sjukgymnast. Utbildning har det bland annat varit i glid och draglakan.

Ingen läkemedelsavvikelse har lett till allvarliga skador. Analys av läkemedelsavvikelser visar utebliven medicin och signering av läkemedel som in-somningstabletter vilket utvärderas av läkare och sätts ut vid behov.

Avvikelser gällande information, kommunikation, samverkan handlat om bristande överrapportering från Stockholm norr och SÖS. De har informerat oss att de kommer se över sina rutiner.

Hot våld och trakasserier: Det har handlat om uttryck för hot och våld, mellan boende, men även boende - personal. Detta har berott på bland annat försämrat sjukdomstillstånd. Riskanalyser har skett och bemötandeplaner utifrån BPSD

Dokumentation: Det har handlat om bristande dokumentation från annan utförare ex sjukhus.

Annan: Det har varit olika ärenden som är svårt att placera under rätt rubrik i avvikelssystemet. Leveransproblem med svensk dos gällande mediciner är ett exempel på detta.

Tvångs och begränsningsåtgärder: Sänggrindar som dragits upp, utan ordination från HSL personal. Åtgärd: samtal med enskild personal, och i personalgruppen. Utbildning i Nollvision i Humanas lärportal.

### **Egenkontroll**

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

Genom egenkontroller görs en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens kvalitetsledningssystem, PARUS.

Dels utförs egenkontroll av verksamheten lokalt, dels utförs egenkontroll centralt av Humanas kvalitetsavdelning. Den egenkontroll som utförs centralt benämns internkontroll. För att hålla en god kvalitet på vården utförs förutom egenkontroller även kundundersökningar och medarbetarundersökningar på Lillsjö Badväg. Egenkontroller av basala hygienrutiner utförs regelbundet och visar god kvalitet.

Egenkontroller vi gjort under 2022:

- Måltidsobservationer
- Basala hygienrutiner
- Delegering
- Läkemedelshantering
- Fallprevention
- Medicintekniska produkter
- Trycksår
- Loggkontroll
- Munvårdsbedömningar
- Nutrition
- Vård i livets slut
- Nattfastemätning

Omvårdnadspersonal får delegering efter genomgången utbildning och godkänt kunskapstest. Delegeringarna förnyas varje år efter samtal med sjuksköterska. Den delegerade omvårdnadspersonalen får göra om kunskapstesten varje år, detta för att säkerställa kompetensen hos omvårdnadspersonalen. Finns även en stående punkt på varje APT för sjuksköterskor som visar och tar upp olika medicinska företeelser som kan vara aktuella i verksamheten, såsom injektioner, såromläggning eller liknande. Omvårdnadspersonalen kan även komma med önskemål om vad de vill att sjuksköterskorna ska gå igenom.

### **Riskanalys**

På Lillsjö Badväg görs fortlöpande riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan visa på brister i verksamheten. Samarbete sker med andra relevanta aktörer såsom ansvarig läkare och andra vårdgivare som har kontakt med våra patienter. Regelbundna riskanalyser kring Covid-19 pandemi har utförts och rutiner för hantering av smittan har upprättats. Riskanalys av läkemedelsavvikelser utförs alltid. Vi arbetar



med att säkerställa läkemedelshantering genom dialog, förbättrade rutiner och planering.

Vid varje inflytt av kund upprättas ur arbetsmiljösynpunkt en riskanalys som sedan följs upp kontinuerligt i team, som består av arbetsterapeut, sjukgymnast, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och undersköterska. Om risk finns görs en handlingsplan. Information sker sedan för att all personal ska få vetskap. Handlingsplanen följs sedan upp var 6:e månad eller tidigare vid behov.

Riskanalyser utförs av sjuksköterska i Senior Alert (Norton, Downton, MNA och ROAG) för varje patient, där utvärderas om risk för trycksår, fall, undernäring och munhälsa finns. Där risker framkommer upprättas vårdplaner, som sedan följs upp.

Risk- och händelseanalyser har gjorts i tvärprofessionella arbetsgrupper på de kunder som haft ett utåtagerande beteende eller visat sig ha risk för det, med hjälp av BPSD. Arbetsterapeut och sjukgymnast gör också riskanalyser i samband med att hjälpmedel provas ut.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Humana har ledningssystem utifrån direktiven i Socialstyrelsens författning, SOSFS 2011:9. PARUS, Humanas ledningssystem, innehåller de grundläggande kraven som finns i föreskriften. PARUS används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och anpassas till verksamhetens art och omfattning.

- Ett viktigt och övergripande mål är därför att fortsätta aktivt arbeta i och med PARUS och säkerställa att samtlig personal kan använda och hitta information i ledningssystemet.

**Mål:** förbättrad kunskap runt analysarbetet med avvikelser och därmed ökad patientsäkerhet.

### Strategi:

- Fortsätter arbetet med avvikelssystemet DF Respons så att det blir en naturlig del av det dagliga arbetet att rapportera avvikelser.

**Mål:** Förbättra kvaliteten vid vård i livets slut

### Strategi:

- Smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning i livets slutskede på ett kontinuerligt och strukturerat sätt.
- Webutbildningar för all personal

**Mål:** uppnå en god patientsäkerhet

### Strategi:

- Vi kommer även fortsättningsvis att arbeta för att kontinuerligt göra riskbedömningar och uppföljningar i Senior Alert och att registrera i Palliativ registret.

---

**Mål:** att arbeta med samtliga kvalitetsregister

**Strategi:**

- Införande samt utbildningar i BPSD (beteende med psykiska symtom vid demens) som planeras att genomföras under 2023.

**Mål:** god och säker hygien

**Strategi:**

- kontinuerlig utbildning inom basala hygienrutiner

**Mål:** uppnå en god patientsäkerhet

**Strategi**

- Kontinuerliga egenkontroller enligt ledningssystemet.
- Säker läkemedelshantering och minska läkemedelsavvikelser genom utbildning.
- Årlig läkemedelsgenomgång under året med målet att minska antalet läkemedel och på så sätt öka välbefinnandet och minska antalet fall.
- I samarbete med läkare kommer vi att ha fortsatt fallmöten som ett led i att förebygga fall samt sätta in och utvärdera åtgärder efter fall.
- Fortsatt fungerande dokumentation, riskbedömning, avvikelshantering och läkemedelshantering samt att rutiner för basal vårdhygien är kända och efterföljs.



# Patientsäkerhetsberättelse för Villa Silvertorget

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

, verksamhetschef

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Informationssäkerhet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Sammanställning och analys	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

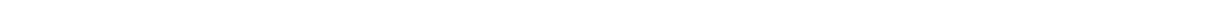
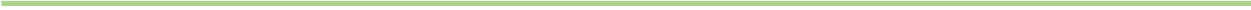
Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

- För samtliga boende har riskbedömningar utförts och dokumenterats för att identifiera risker för den enskilda patienten, vart sjätte månad eller oftare om behov finns enligt bedömningsinstrument för riskanalys.
- Riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning av nutrition, fall, trycksår, munhälsa dokumenteras av sjuksköterska som vårdhälsoplaner för att förebygga vårdskador.
- Kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret används i verksamheten som stöd för patientsäkerhetsarbetet.
- För samtliga boende har läkemedelsgenomgång gjorts tillsammans med läkare.
- Team-möten genomförs kontinuerligt med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omsorgspersonal där risker och förebyggande arbete diskuteras.
- Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras i verksamhetens avvikelssystem av samtlig personal.
- Avvikelse följs upp i verksamhetens kvalitetsråd som träffas en gång per månad.
- Egenkontroll utförs i verksamheten två gånger per år och resultatet används i förbättringsarbeten.
- Patienter och närståendes synpunkter och klagomål rapporteras i avvikelssystemet och följs upp i verksamhetens kvalitetsråd. Återkoppling till närstående ges av Verksamhetschef eller gruppchef.
- Patienter och närstående inbjuds i patientsäkerhetsarbetet genom vårdplanering och anhörigmöten. Verksamheten har ett boende och anhörigråd.
- Informationssäkerheten har säkerställts i verksamheten utifrån författning HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården genom att följa Vardagas rutiner genom journalgranskning och loggkontroll.
- Förbättringsarbeten som pågått under året är; patientsäkerhet i sjuksköterskebedömning, basala hygienrutiner och förbättring av dokumentation.



## Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens)
- Alla patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

### Övergripande mål och strategier på Villa Silvertorget

- Att fortsätta utveckla verksamhetens kvalitetsråd när det gäller patientsäkerhet och det systematiska kvalitetsförbättringsarbetet.
- Att arbeta med att ständiga förbättringar utifrån egenkontroll, avvikelser och förbättringsförslag.

### Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

### ***Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse***

Tillgång till läkare finns dygnet runt genom ett samarbetsavtal med läkarorganisationen Geriatrikspecialisten AB. Det finns en patientansvarig namngiven läkare som besöker Villa Silvertorget en gång i veckan och är utöver det tillgänglig per telefon alla vardagar 7-16. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att boka in patienter vid behov av läkarkonsultation för rond de dagar när läkaren besöker Villa Silvertorget, men även akutbesök utifrån medicinskt behov är möjligt utöver detta.

Det finns en samverkansöverenskommelse med Geriatrikspecialisten AB om de medicinska insatserna samt en samverkansöverenskommelse mellan Stockholms Läns landsting och kommuner i Stockholms län om vård och omsorg för äldre.

### ***Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten***

Verksamhetschefen har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivarna då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en skyndsam återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.



## ***Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten***

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Villa Silvertorget har sjuksköterska samverkan med sjukgymnast och arbetsterapeut från Klara Rehab 1 gång i veckan samt vid behov. Varannan vecka träffas sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut tillsammans med omsorgspersonal i ett kortare möte angående aktuell status på ett teammöte.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Alla medarbetare på Villa Silvertorget har kunskap om Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare.

Vid inflyttning erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en vårdhjälpplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas. Vid förändringar och minst två gånger per år utförs nya riskbedömningar. Omvårdningsplanerna följs upp på team-möten.

Alla medarbetare har rapporteringsskyldighet utifrån identifierade händelser. Det är alla medarbetares skyldighet att rapportera in avvikelser eller händelser i avvikelssystemet, Q-maxit och direkt åtgärda en händelse. Åtgärden kan bestå i att medarbetaren tar den nödvändiga kontakt som behövs t ex med

sjuksköterska, gruppchef eller verksamhetschef för att åtgärda händelsen.

När avvikelsen bedöms allvarlig och akut skall den direkt rapporteras till verksamhetschef eller gruppchef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om avvikelsen gäller en hälso- och sjukvårdsavvikelse tas alltid kontakt med tjänstgörande sjuksköterska. Verksamhetschefen kan också ta kontakt med ansvarig kvalitetsutvecklare från kvalitetsavdelningen om stöd eller utbildning behövs.

När en medarbetare tar emot en synpunkt eller ett klagomål från kund eller närstående skall denne alltid få till svar att medarbetaren ska ta det vidare till gruppchef och verksamhetschef och att kund eller närstående kommer att få en återkoppling.

På Villa Silvertorget är sjuksköterska ansvarig för händelser gällande hälso- och sjukvård samt fallavvikelser tillsammans med rehabteamet. Gruppchef är ansvarig för omvårdnadsavvikelser, och verksamhetschef ansvarar för klagomål och synpunkter. Ytterst ansvarig är verksamhetschef.

Kvalitetsrådet består av ledningsgruppen på Villa Silvertorget, sjuksköterska och en representant från varje avdelning och träffas en gång per månad. Verksamhetschefen avgör vilka avvikelser som ska behandlas i kvalitetsrådet. Kvalitetsrådet diskuterar, analyserar samt dokumenterar detta i förbättringsloggen. Villa Silvertorget kvalitetsråd arbetar också förebyggande med förbättringsområden utifrån patientsäkerhetsberättelsen för att förebygga avvikelser genom att skapa en plan för hela årets arbete.

I samband med kvalitetsrådet beslutas hur, när och till vilka resultatet av avvikelsen ska återkopplas. Verksamhetschefen ansvarar för genomförandet. I uppföljningsprocessen Full Koll träffar verksamhetschefen överordnad chef en gång per månad då verksamhetschefen redovisar statistik kring avvikelser och vilka åtgärder som vidtagits. Detta följs varje månad ända upp till VD och koncernledning.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

- För samtliga boende har riskbedömningar utförts och dokumenterats för att identifiera risker för den enskilda patienten, vart sjätte månad eller oftare om behov finns enligt bedömningsinstrument för riskanalys.
- Riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning av nutrition, fall, trycksår, munhälsa dokumenteras av sjuksköterska som vårdhjälpplaner för att förebygga vårdskador.
- Kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret används i verksamheten som stöd för patientsäkerhetsarbetet.
- För samtliga boende har läkemedelsgenomgång gjorts tillsammans med läkare.
- Team-möten genomförs kontinuerligt med sjukskö-

---

terska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omsorgspersonal där risker och förebyggande arbete diskuteras.

- Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras i verksamhetens avvikelssystem av samtlig personal.
- Avvikelser följs upp i verksamhetens kvalitetsråd som träffas en gång per månad.
- Egenkontroll utförs i verksamheten två gånger per år och resultatet används i förbättringsarbeten.
- Patienter och närståendes synpunkter och klagomål rapporteras i avvikelssystemet och följs upp i verksamhetens kvalitetsråd. Återkoppling till närstående ges av Verksamhetschef eller gruppchef.
- Patienter och närstående inbjuds i patientsäkerhetsarbetet genom vårdplanering och anhörigmöten. Verksamheten har ett boende och anhörigråd.
- Informationssäkerheten har säkerställts i verksamheten utifrån författning HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården genom att följa Vardagas rutiner genom journalgranskning och loggkontroll.

Förbättringsarbeten som pågått under året är; patientsäkerhet i sjuksköterskebedömning, basala hygienrutiner och förbättring av dokumentation.

## Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



***Villa Silvertorget's strategier och mål kopplat till egenkontroller som genomförts under år 2022 för ökad patientsäkerhet:***

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Händelser som utreds under 2022 som hade kunnat medföra en vårdskada och hur dessa händelser utreds och följs upp har utretts och följts upp enligt Vardagas rutiner. Ingen utredning under 2022 har skickats till IVO. Identifierade riskområden i avvikelser som skrivs är bl a brister i informationsöverföring, brister i dokumentation både HSL och SOL. För att förhindra vårdskador arbetar verksamheten bl a genom kvalitetsrådet med ständiga förbättringar och uppföljningar.

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2022.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
--------	----------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------------	------------	-------

<b>Trycksår</b>	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	År 2022 uppkom 2 trycksår i verksamheten	Dessa utreddes men bedömdes ej vara vårdskada.  Målet är ej uppfyllt.	Förebyggande arbete har utförts genom preventionsbedömningar samt inköp av tryckavlastande hjälpmedel	Dialoger har genomförts med de avdelningar som visat ökad förekomst. Åtgärderna hade effekt och förekomsten minskade	Samtliga trycksår har registrerats och följs upp enskilt i Q-maxit, avvikelssystemet.	Q-maxit.
<b>Utredning av avvikelser/ vårdskador</b>	Att inga vårdskador ska uppkomma i verksamheten.	År 2022 har ingen händelse anmälts till IVO som allvarlig vårdskada.	Händelser har utretts och inte bedömts som allvarlig vårdskada.  Målet uppfyllt.	Ett förbättringsarbete har utförts för att förbättra sjuksköterskornas bedömningar vid fall. Visam ska implementerats i verksamheten.	Visam ska gås igenom med alla sjuksköterskor i verksamheten 2023 och händelsen har diskuterats och lärdomar har förmedlats till all personal.	Ingen boende har drabbats av vårdskada.  Samtliga sjuksköterskor ska bli visade Visam och att detta används följs upp av verksamhetschef.	Q-maxit.
<b>Journalgranskning</b>	Att alla journaler granskas 1 gång per år.	År 2022 granskades inte journaler helt enligt rutin	Arbetet med journalgranskning ligger till viss del efter  Målet ej uppfyllt.	I de journalgranskningarna som utfördes noterades förbättringsområden som har arbetats med.	Uppföljning ska följas upp enligt satt rutin	Alla sjuksköterskor ska ha deltagit i utbildning hösten 2023	SafeDoc, journalsystem samt Q-maxit.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



På Villa Silvertorget har man under 2022 arbetat för att förbättra och stärka patientsäkerheten med hjälp av proaktiva arbetsprocesser, tex.

- basala hygienrutiner och klädregler
- hälsoförebyggande arbete t ex med riskbedömningar via Senior Alert
- Genomgång och utbildning av omsorgspersonal i läkemedelsgivning

### Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamhet-

en under år 2022 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Läkemedelsgenomgångar</b>	Samtliga patienter ska haft läkemedelsgenomgångsarsamt riskbedömning	År 2022 utfördes detta för samtliga inskrivna patienter.	Målet är uppfyllt.	Verksamheten har en lokal checklista för inskrivning där denna punkt finns med samt att statistik förs över riskbedömningar som utförts i verksamheten.	Uppföljning sker med ansvarig läkare ett par gånger per år så att alla patienter har erbjudits läkemedelsgenomgångar.	Samtliga patienter omfattas.	Läkaren gör en årlig kontroll i journalsystemet TakeCare samt statistik förs på enheten.
<b>Vård i livets slut</b>	Att 100% ska smärtskattas sista levnadsveckan.	År 2022 smärtskattades 100 %.	Målet nått.  Abby Pain Scale är implementerat i verksamheten och används som ett verktyg att bedöma smärta i livets slut.	Har gått igenom med sjuksköterskegruppen på planeringsdag hösten 2022.	Följs upp i kvalitetsrådet när statistik ur Svenska palliativregistret analyseras.	Samtliga sjuksköterskor har fått genomgång av vikten att genomföra smärtskattning vid livets slut.	Svenska palliativregistret
<b>MNA (kost/nutrition/vikt)</b>	Att 100% av patienterna har riskbedömts med MNA samt har en nutritionshälsoplan.	År 2022, kvartal 4 har 100% av patienterna en aktuell bedömning samt vårdhälsoplan.	Målet är nått.  Välarbetade rutiner för detta finns i verksamheten.	Har gått igenom med sjuksköterskegruppen på planeringsdag hösten 2022.	Journalgranskning har utförts kvartal 4 2022 av verksamhetschef samt kontroll i Senior Alert har utförts med hjälp av ssk.	Omfattar samtliga patienter i verksamheten samt alla sjuksköterskor.	Senior alert och SafeDoc.
<b>Basala hygienrutiner</b>	100% följsamhet till basala hygienrutiner.	År 2022 visade observationer som utfördes av hygienombuden att ca 80% följsamhet fanns i verksamheten.	Målet är inte uppfyllt.  Verksamheten har goda förutsättningar för god följsamhet.	Verksamheten har ett aktivt hygienombud som tillsammans med verksamhetschefen som har arbetat med en separat handlingsplan för 2022	Observationen utförs 4 gånger per år samt att det ska införas ett hygienråd under 2023. De ska träffas 3 gånger per termin och följa upp Handlingsplanen.	Implementera att det finns ett hygienombud finns på varje avdelning.  Samtliga medarbetare har fått som mål att utföra och lämna in utbildningsdiplom på sitt målsamtal.	Utförda observationer sammanställs och läggs in i Q-maxit.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2022 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Informati- onsöverfö- ring mellan HSL och SoL via SafeDoc</b>	För- bätt- rad in- form- at- ions- över- fö- ring mellan HSL och SoL  Rap- port hälso- och sjuk- vård via Safe Doc an- vänds av alla yrkes- grup- per	År 2022 regi- strerades inga avvikelser kopplat till informations- överföring mellan HSL och SoL .	Målet upp- fyllt – att Safe Doc används för informat- ionsöverfö- ring.  Kvartalsvis granskning av doku- mentation med check- lista och av avvikelser visar att informat- ionsöverfö- ring mellan HSL och SoL för dag- till kvällspass och vs. be- höver stär- kas. Att inga avvikelser skrivits pga detta behö- ver ej bero på att avvi- kelser inte har skett.	VC granskar HSL och SoL doku- mentation kvartalsvis med check- lista enligt gällande styrdoku- ment.  Samman- ställning avvikelser gällande informat- ionsöverfö- ring har genomförts kvartalsvis.	Utbildningsin- sats kring arbets- sätt för inform- ationsöverföring via Safe Doc och rapportering av avvikelser under våren 2023 är inplanerat  VC har även i loggkontroller identifierat en- skilda personer som ej lä- ser/skriver i Rapport HSL.	Samtliga med- arbetare har omfattats av loggkontroller 2022 som utförs må- nadsvis.	Avvikelse- hantering i Qmaxit.  Loggkon- troll enligt styrdoku- ment.  Dagord- ning på APT samt plane- ringsdagar.

<b>Läkemedelshantering</b>	Att lagkrav och styrdokument följs.	Enligt granskning av Apoteket AB fanns några förbättringsområden.	Målet är nått.  Apotekets identifierade förbättringsområden t ex i lokal rutin har uppdaterats 2022	Tagits upp på APT och i kvalitetsråd.  Har tagits upp på planeringsdag för ssk hösten 2022.	Genom årlig kvalitetsuppföljning av Apoteket AB samt genom egenkontroll av HSL. Läkemedelshanterings kvalitetsgranskning utförs Mars 2023.	Samtliga sjuksköterskor och delegerade medarbetare.	APT-protokoll.  Förbättringsområde i Q-maxit.  Minnesant från ssk-planeringsdag och kvalitetsråd.
<b>Riskbedömning i arbetet med kund</b>	Få arbetsmiljöavvikelser.	År 2022 skrevs 1 st arbetsmiljöavvikelser.	Målet är svårt att analysera då det endast skrivits en avvikelse.  Avvikelsen kan en del härledas till att medarbetare utsatts för hot och våld och att denna risk inte var helt bra beskriven i riskbedömningen och att handlingsplan saknades i genomförandeplanen. Personal var ensam på avdelning på grund av snöstorm och annan personal var sen till arbetspass	Har diskuterats i ledningsgruppen samt på APT.  Enskilda händelser har följts upp och säkerställts med korrekt dokumentation.	I ledningsgrupp, på APT samt vid egenkontrollen.	Samtliga medarbetare.	Ledningsgruppsprotokoll, APT-protokoll samt egenkontrollen.
<b>Egenkontroll (EK)</b>	1,7i resultat på EK	År 2022 hösten: 1,67 i egenkontrollresultat.	Målet delvis nått.  Flera inställda har inte hunnit få utbildningar då det rekryterats många nya under 2022	Verksamheten har arbetat med årshjul kvalitet och övriga aktiviteter, men pga hög inflyttningstakt fått ställa in en del möten och utbildningar.	Områden där målen i EK ej nåtts har förbättringsområden skapats och arbetats med i verksamheten under året.	Samtliga medarbetare.	I Q-maxit där EK resultatet finns samt förbättringsområden arbetats med.



## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### *Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse*

Tillgång till läkare finns dygnet runt genom ett samarbetsavtal med läkarorganisationen Geriatrikspecialisten AB. Det finns en patientansvarig namngiven läkare som besöker Villa Silvertorget en gång i veckan och är utöver det tillgänglig per telefon alla vardagar 7-16. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att boka in patienter vid behov av läkarkonsultation för rond dagar när läkaren besöker Villa Silvertorget, men även akutbesök utifrån medicinskt behov är möjligt utöver detta.

Det finns en samverkansöverenskommelse med Geriatrikspecialisten AB om de medicinska insatserna samt en samverkansöverenskommelse mellan Stockholms Läns landsting och kommuner i Stockholms län om vård och omsorg för äldre.

### *Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten*

Verksamhetschefen har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivarna då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en skyndsam återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

### *Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten*

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Villa Silvertorget har sjuksköterska samverkan med sjukgymnast och arbetsterapeut från Klara Rehab 1 gång i veckan samt vid behov. Varannan vecka träffas sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut tillsammans med omsorgspersonal i ett kortare möte angående aktuell status på ett teammöte.

## Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef

som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder. För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Villa Silvertorget arbetar efter Vardagas riktlinjer gällande riskbedömningar och preventionsbedömningar för enskilda patienter. På enheten görs riskbedömningar var sjätte månad, vid förändrad status och vid nyinflyttningar. Preventionsbedömningar görs inom 3 dygn efter nyinflyttning. Som stöd i detta arbete används kvalitetsregistret Senior Alert.

Risikanalyser för arbetsmiljörisker för medarbetare har gjorts för varje patient, uppdateras vid förändringar och lokala handlingsplaner har utarbetats utifrån analys av riskbedömningen. Villa Silvertorget har en lokal Villa Silvertorget arbetar efter Vardagas riktlinjer gällande riskbedömningar och preventionsbedömningar för enskilda patienter. På enheten görs riskbedömningar var sjätte månad, vid förändrad status och vid nyinflyttningar. Preventionsbedömningar görs inom 3 dygn efter nyinflyttning. Som stöd i detta arbete används kvalitetsregistret Senior Alert.

Risikanalyser för arbetsmiljörisker för - medarbetare har gjorts för varje patient, uppdateras vid förändringar och lokala handlingsplaner har utarbetats utifrån analys av riskbedömningen. Villa Silvertorget har en lokal rutin om patienter avviker från boendet samt en lokal rutin för hot och våld. Avvikelser och utredningar i verksamheten används som underlag för förbättringsområden.

Identifiering och analys av risker och kriser enligt Vardagas styrdokument har utförts av ledningsgruppen samt diskuterats på kvalitetsrådet och på arbetsplatsmötet. Identifierade risker är brand, IT-avbrott, el-avbrott, bemanningsproblem relaterat till t ex väder och mycket hög sjukdomsfrånvaro, risk för att larmsystemet ej fungerar och risk för att telefonin ej fungerar. Under 2022 har även ett stort arbete gjorts kring specifika risker relaterat till Covid-19 och värmebölja. Handlingsplaner för detta har upprättats och funnits tillgängliga för all personal i Säkerhetsrum som finns i personalrum.

### **Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

#### **Stärka analys, lärande och utveckling**

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten ökat förståelsen för patientsäkerhet och på



vilket sätt data samlas in, sammanställs, analyseras och används i ert förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete under år 2022.

Om- råde	Mål 2022	Resultat	Analys av resul- tat	Åtgärd och akti- viteten 2022	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Om- fattning	Källa
Fall	Att på- börja ett förbättrings- arbete med fallpre- vention sjukskö- terske- gruppen tillsam- mans med REHAB med Senior Alert som utgångs- punkt minska fallo- lyckor hos enskilda som faller ofta.	År 2022 hade verksamheten totalt hade enheten 34 st registrerade fall, varav vissa enskilda stod för väldigt många upprepade fall.	Målet delvis uppfyllt.  Då focus har varit ett fallförebyggande arbete har registreringen varit god på enheten.	Team-arbete kring enskilda har resulterat i inköp av t ex vändhantag i säng samt sängar som går att sänka ner till golv.  Utbildningsinsatser till samtliga medarbetare ska planeras in	Uppföljning var tredje månad mha aggregerad statistik från Senior alert och avvikelser i Qmaxit.  Teamsamverkan veckovis mellan alla yrkesgrupper. Genomgång och uppföljning av planerade insatser.  Åtgärderna har haft effekt och förekomsten av fall har minskat hos enskilda men ej den totala statistiken.	Samtliga Medarbetare ska delta i utbildningsinsatsen.  Samtliga boende på enheten (även dem som ej samtyckt till Senior alert) har ingått i det fallpreventiva arbetssättet.	Senior alert  Socialstyrelsens utbildning om fallprevention och att implementera ett fallförebyggande arbetssätt  Q-maxit.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten i informationen.

Villa Silvertorget arbetar med granskning av dokumentationen utifrån Vardagas checklista för journalgranskning fyra gånger per år samt genom egenkontroll två gånger per år. Kvalitetstillsyn genomförs av Vardagas MAS/Kvalitetsavdelningen där bl a journalgranskning genomförs. Vid inskrivning av nya boende används checklista hälso- och sjukvårdsdokumentation av sjuksköterskan. Verksamhetschefen utför loggkontroller av journalsystemet SafeDoc varje månad.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Alla medarbetare på Villa Silvertorget har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare. Om det är en allvarig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare. Rapportering sker i IT-systemet Q-maxit och alla medarbetare har en personlig inloggning.

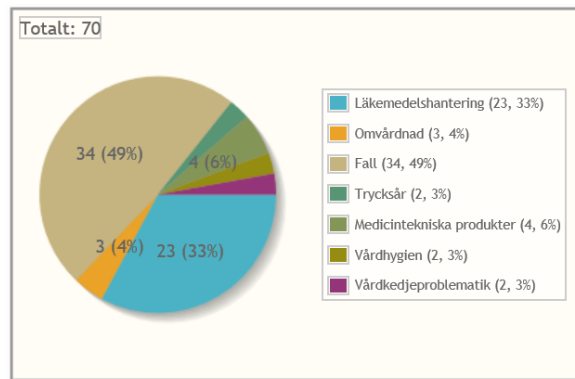
På Villa Silvertorget hålls kvalitetsråd en gång per månad där avvikelser diskuteras och förbättringsarbeten påbörjas och följs upp. Dokumentation sker i Q-maxit i delen för förbättringsloggen. Avvikelse tas upp med berörd personal.

Verksamhetschef gör sammanställning till kvalitetsrådet. På Villa Silvertorget är processen för avvikelshantering enligt följande; Medarbetare registrerar avvikelser direkt i Q-maxit eller vid datastopp på blankett ”avvikelser” som finns i Säkerhetspärm och lämnas till gruppchef för senare införande i Q-maxit. Ansvarig medarbetare ansvarar för att verksamhetschef, gruppchef eller sjuksköterska får kännedom om händelsen. Åtgärder med anledning av händelsen vidtas. På Villa Silvertorget är sjuksköterska ansvarig för händelser gällande hälso- och sjukvård, fallavvikelser tillsammans med rehab personal. Gruppchef ansvarig för omvårdnadsavvikelser samt verksamhetschef för klagomål och synpunkter. Ytterst an-

svarig för alla avvikelser är verksamhetschef. I verksamhetens kvalitetsråd beslutas hur, när och till vilka resultatet av avvikelsen ska återkopplas. Verksamhetschefen ansvarar för genomförandet.

En samlad analys av 2022 års avvikelser visar att fall-avvikelser är den vanligast förekommande avvikelseypen och att fall-avvikelserna beror på några få individer som har ramlat väldigt mycket trots ett team-arbete kring den enskilde. Detta har berott på övertro till egna möjligheter att kunna förflytta sig även med hjälpmedel utan att påkalla hjälp av personal. Några förbättringar som gjorts under 2022 är inköp av fler trygghetslarm. Utbildning och information till medarbetare gällande fall och läkemedelshantering.

### Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit:



### Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Alla medarbetare på Villa Silvertorget har kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera i Qmaxit och om möjligt direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

När klagomålet bedöms allvarligt och akut skall den direkt rapporteras till verksamhetschefen eller gruppchef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om synpunkten eller klagomålet gäller en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas alltid kontakt med tjänstgörande sjuksköterska. Verksamhetschefen kan också ta kontakt med ansvarig kvalitetsutvecklare från kvalitetsavdelningen om stöd eller utbildning

behövs.

När en medarbetare tar emot en synpunkt eller ett klagomål från kund eller närstående skall denne alltid få till svar att medarbetaren ska informera gruppchef och verksamhetschef och att kund eller närstående kommer att få återkoppling efter önskemål.

Blanketter för synpunkter, klagomål och förbättringsförslag finns i entrén på Villa Silvertorget. Synpunkter och klagomål som kommer via uppdragsivaren, IVO eller patientnämnden hanteras på samma sätt och verksamhetschefen ansvarar för skyndsamt handläggning i enighet med Vardags rutiner.

Under 2022 har en del synpunkter och klagomål lämnats på maten, aktiviteterna och information till de boende på Villa Silvertorget. En samantagen analys har gjorts där ett förbättringsarbete med kontaktmannaskapet har påbörjats. Tätare boenderåd har satts in där de boende kan lämna synpunkter och förslag på mat och aktiviteter som vi har på Villa Silvertorget

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2022 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan..

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Säkerställd bemaning</b>	Att beredskap finns vid akuta luckor samt att tillgång finns till arbetsledning dygnet runt	År 2022 utfördes en riskbedömning och handlingsplan finns i personalkontor på alla avdelningar.	Målet nått.	Riskbedömning och handlingsplan uppdaterad och genomgången av ledningsgruppen.	Har repeterats på flertal APT samt att Säkerhetsparmen är känd av samtliga medarbetare.	Samtliga medarbetare.	Riskbedömning och handlingsplaner finns i Q-maxit i förbättringsloggen.
<b>IT-avbrott</b>	Att beredskap finns vid IT-avbrott	År 2022 utfördes en riskbedömning och handlingsplan finns i personalkontor på alla avdelningar.	Målet nått.	Riskbedömning och handlingsplan uppdaterad och genomgången av ledningsgruppen.	Har repeterats på flertal APT samt att Säkerhetsparmen är känd av samtliga medarbetare.	Samtliga medarbetare.	Riskbedömning och handlingsplaner finns i Q-maxit i förbättringsloggen.

<b>Strömv- brott</b>	Att be- redskap finns vid Strö- mav- brott.	År 2022 utför- des en riskbe- dömning och handlingsplan finns i perso- nalkontor på alla avdelning- ar..	Målet nått.	Riskbedöm- ning och handlings- plan uppdä- rad och genom- gången av lednings- gruppen.	Har repeterats på flertal APT samt att Säker- hetspärmen är känd av samtliga medarbetare.	Samtliga med- arbetare.	Riskbe- dömning och hand- lingsplaner finns i Q- maxit i förbättringslog- gen.
--------------------------	--	---	-------------	--	--	----------------------------	---

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Arbetet med att utveckla patienter och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas.

2022 har Villa Silvertorget planerat för boende och närståendemöten där samtliga boende och närstående varit inbjudna men har tyvärr fått ställas in pga smittoläget.

Inflytningssamtal erbjuds alla nya patienter och deras närstående där en del av samtalet består av att identifiera eventuella risker tillsammans med sjuksköterska. Kontinuerlig kontakt med närstående efter överenskommelse sker också vid förändringar och när nya risker upptäcks.

Varje månad skickar verksamhetschefen ut ett närståendebrev via mejl med information till närstående om verksamheten och information om hur närstående erbjuds delaktighet och vart de ska vända sig om de har synpunkter.

Information om hur man kontaktar kundombudsmannen och kommer i kontakt med verksamhetschef och övriga chefer lämnas ut i välkomstmappen till alla nyinflyttade kunder samt finns i kund- och närståendepärm i entrén.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Rapporteringar om avvikelser och klagomål och dess hantering görs i Vardags system Qmaxit och enligt styrdokument. Nödvändiga åtgärder vidtas omgående. Analyser görs i teammöten veckovis enligt rutiner och kvalitetsråd för att behandlas övergripande i verksamheten. Händelserna behandlas systematiskt och processinriktat i förbättringsloggen. De avslutas i systemet efter att utredningen har gjorts med förbättringslogg.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

I sammanfattningen framgår resultatet enligt nedan:

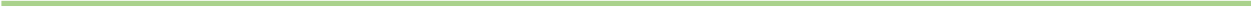
- För samtliga boende har riskbedömningar utförts och dokumenterats för att identifiera risker för den enskilda patienten, vart sjätte månad eller oftare om behov finns enligt bedömningsinstrument för riskanalys.
- Riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning av nutrition, fall, trycksår, munhälsa dokumenteras av sjuksköterska som vårdhälsoplaner för att förebygga vårdskador.
- Kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret används i verksamheten som stöd för patientsäkerhetsarbetet.
- För samtliga boende har läkemedelsgenomgång gjorts tillsammans med läkare.
- Team-möten genomförs kontinuerligt med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omsorgspersonal där risker och förebyggande arbete diskuteras.
- Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras i verksamhetens avvikelssystem av samtlig personal.
- Avvikelse följs upp i verksamhetens kvalitetsråd som träffas en gång per månad.
- Egenkontroll utförs i verksamheten två gånger per år och resultatet används i förbättringsarbeten.
- Patienter och närståendes synpunkter och klagomål rapporteras i avvikelssystemet och följs upp i verksamhetens kvalitetsråd. Återkoppling till närstående ges av Verksamhetschef eller gruppchef.
- Patienter och närstående inbjuds i patientsäkerhetsarbetet genom vårdplanering och anhörigmöten. Verksamheten har ett boende och anhörigråd.
- Informationssäkerheten har säkerställts i verksamheten utifrån författning HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården genom att följa Vardagas rutiner genom journalgranskning och loggkontroll.
- Förbättringsarbeten som pågått under året är; patientsäkerhet i sjuksköterskebedömning, basala hygienrutiner och förbättring av dokumentation.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023 för Villa Silvertorget:



Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål, strategier och planerade åtgärder för år 2022
Risk- och preventionsbedömningar. Alla patienter ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflyttning och över tid (minst var 6:e månad).	<b>Mål:</b> att 100% av journalerna skall ha risk- och preventionsbedömningar utförda enligt riktlinjer 2023. Att alla som inte tackat nej skall registreras i Senior Alert. <b>Metod:</b> Skapa handlingsplan i ssk-gruppen för detta. <b>Uppföljning:</b> Journalgranskning 16 journaler 4 gånger per
Systematiskt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient.	<b>Mål:</b> Att 100% av journalerna innehåller hälsoplaner utifrån de olika riskbedömningarna där behov finns. <b>Metod:</b> Skapa handlingsplan i ssk-gruppen för detta. <b>Uppföljning:</b> Journalgranskning 16 journaler 4 gånger per
Fallförebyggande arbete.	<b>Mål:</b> Att påbörja ett förbättringsarbete med fallprevention sjuksköterskegruppen tillsammans med REHAB med Senic Alert som utgångspunkt. <b>Metod:</b> Att utifrån statistik arbeta systematiskt med förbättringar i hela teamet. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering av arbetet i december 2023 av ledningsgruppen och sjuksköterskegruppen.
Basala hygienrutiner. Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	<b>Mål:</b> Att påbörja arbetet i hygienrådet 2023 som tar fram en handlingsplan för 2023 års arbete med hygienfrågor. <b>Metod:</b> Ledningsgruppen ger instruktioner. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering av arbetet i december 2023 av ledningsgruppen.
Dokumentation. Alla patienter ska ha en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation.	<b>Mål:</b> Att fortsätta att utveckla dokumentationen under 2022 <b>Metod:</b> Mallar och diskussion för stöd. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering av arbetet i december 2023 av sjuksköterskegruppen och ledningsgruppen.
Säker läkemedelsprocess.	<b>Mål:</b> Att alla medarbetare ska arbeta enligt Villa Silvertorge lokala rutin för läkemedelshandling. <b>Metod:</b> Att gå igenom den årligen på APT samt vid förnya delegering. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering i samband med Apotekets årliga kvalitetsgranskning samt uppföljning i december 2023 av ledningsgruppen och kvalitetsrådet.
Minska läkemedelsavvikelser.	<b>Mål:</b> Att alla delegerade medarbetare ska ha god kunskap om läkemedelshandling och rutiner. <b>Metod:</b> Sjuksköterskorna går igenom sina respektive avdelningar för att säkerställa detta vid delegering. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering av arbetet i december 2023 av ledningsgruppen och kvalitetsrådet.
Säker delegeringsprocess.	<b>Mål:</b> Att alla medarbetare ska ha aktuella delegeringar som följts upp av sjuksköterska. <b>Metod:</b> Sjuksköterskorna går igenom sina respektive avdelningar för att säkerställa delegering. <b>Uppföljning:</b> Utvärdering av arbetet i december 2023 av ledningsgruppen och kvalitetsrådet.
Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.	<b>Mål:</b> Att alla medarbetare ska ha kännedom om vad som menas med vårdskada.






# Patientsäkerhetsberättelse kommunal regi

År 2022

Dnr ÄON 23/0018

Dnr SN 23/0225

Datum och ansvarig för innehållet

23-05-10 

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	17
Riskanalys	18
Informationssäkerhet	18
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	19
Samverkan med patienter och närstående	20
Sammanställning och analys	20
Resultat	20
Övergripande mål och strategier för kommande år	21

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap 10 § är varje vårdgivare skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska finnas tillgänglig i dess verksamheter för den som vill ta del av densamma. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som uppnåtts

Som underlag för patientsäkerhetsberättelser har den mall som Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) tagit fram använts.

Detta är sista gången som denna mall för Patientsäkerhetsberättelse används. Nästa år kommer en ny mall från SKR att användas med inriktningen ”Agera för säker vård”.

Upplands-Bro kommun är huvudman för den hälso- och sjukvård som erbjuds inom dess ansvarsområde. Äldre- och omsorgsnämnden och Socialnämnden är tillika vårdgivare inom egenregi i Upplands-Bro kommun och ansvarar för att patienter i berörda verksamheter får en god och säker hälso- och sjukvård.

Inom egenregi i Upplands-Bro har ansvaret för att bedriva en god och säker vård med hög patientsäkerhet under år 2022 legat på varje verksamhet som bedriver kommunal hälso- och sjukvård i likhet med privata utförare. Tidigare år har ansvaret varit fördelat mellan Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) och till viss del respektive verksamhet där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) upplöstes inför år 2022 och hälso- och sjukvårdsansvaret lades ut respektive verksamhet och dess verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagens kap 4:2. Samtliga verksamheter har upprättat och inkommit med sin patientsäkerhetsberättelse. Dessa bifogas vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse för egenregi som bilagor.

Patientsäkerhetsberättelser har upprättats inom följande verksamheter i egenregi (bifogas vårdgivarens övergripande patientsäkerhetsberättelse som bilagor till berörd nämnd):

Norrgården

Kungsgården

Servicehusen Bro & Kungsängen (gemensam)

Dagverksamhet demens Kvistaberg

Grupp- och servicebostäder enligt LSS (gemensam för 10 boenden)

Dagliga verksamheter enligt LSS (gemensam)

Patientsäkerhetsberättelser har också upprättats inom de privata verksamheter som bedriver särskilda boenden i form av vård- och omsorgsboenden för äldre (bifogas vårdgivarens övergripande patientsäkerhetsberättelse som bilagor till berörd nämnd):

Lillsjö Badväg (Humana)  
 Hagtorp (Attendo)  
 Villa Silvertorget (Vardaga)

Även under 2022 har verksamheternas patientsäkerhetsarbete i mycket hög grad påverkats av covid-19 pandemin. Arbetet har till stor del präglats av att fortsätta förhindra och minska risk för smittspridning av covid-19 samt att uppdatera rutiner i enlighet med riktlinjer från Smittskydd Stockholm och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Provtagningar genomfördes när misstanke om smitta med covid-19 förelegat.

Vaccinationsarbetet har tagit mycket tid och resurser under 2022 i likhet med 2021. Vaccination mot covid 19 visade sig bli såväl dos 3, dos 4 dos 5 samt att även pneumokockvaccinationer återupptogs enligt nya direktiv i samband med influensavaccinationen.

Verksamheterna har även i perioder och olika grad påverkats av pandemin genom bl a sjukfrånvaro hos personal.

Det gångna året har även detta därför varit ansträngt för verksamheterna där arbetet kontinuerligt fått anpassas utifrån pandemin och med stort fokus på att hantera densamma. Planerade åtgärder och förbättringsområden inom det förebyggande patientsäkerhetsarbetet som togs fram för 2021 har med anledning detta till viss del fått stå tillbaka.

Medicinsk ansvariga sjuksköterskor (ordinarie samt biträdande) har i hög grad arbetat med och för att stimulansmedlen inom *God och Nära Vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* har använts för att förbereda den kommunala hälso- och sjukvården att på ett patientsäkert sätt möta de högre krav som omställningen till God och Nära Vård kommer att innebära. Bl a har inköp gjorts av enterala och parenterala pumpar, droppställningar, bladderscanners, specialmadrass som förhindrar trycksår, läkemedelsdosetter att ha i beredskap i händelse av att läkemedel inte kan levereras dosdispenserat vid en kris, utbildningsmaterial för suicid, livräddardockor, instruktörsutbildning HLR, stationära blodsockermätare, saturationsmätare, utbildning för att ha 2 egna certifierade utbildare BPSD-registret, kurs i Talking Mats-metoden (kommunikation tex vid tal- och kommunikationssvårigheter hos patient/brukare), Apoteksutbildning i Läkemedelshantering samt i Läkemedelsavvikelser, forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel till sjuksköterskor som saknar denna, utbildning av 20 st personal inom LSS i Tidiga Tecken (kartläggningsverktyg för tidig upptäckt av demens hos personer med nedsatt intellektuellt funktionsnedsättning), utbildning av nytillträdde chefer i verksamhetschefsansvar enl HSL 4:2, uppföljningsträff för palliativa ombud med PKC (Palliativt kunskapscentrum) mm mm.

Privata verksamheter inom kommunens geografiska område ska erbjudas att ta del av vad dessa medel används till på samma sätt som kommunala verksamheter. Så har också skett.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor har också under 2022 initierat och deltagit i framtagandet av ett projekt gällande klinisk färdighetsträning (KTC). Projektet genomförs i samverkan med FOUU, Storsthlm, Järfälla kommun och Jacobsbergs sjukhus. Syftet är dels att ge legitimerad perso-

nal möjlighet att träna på moment med medicinskteknisk utrustning samt att skapa en bättre samverkan mellan kommunens respektive geriatrikens sjuksköterskor, i den sömlösa vård som God och Nära Vård föreskriver.

MAS-funktionen har också tillsammans med Apotekets farmaceut genomfört bl a granskningar av läkemedelshanteringen samt genomfört hygienronder med Vårdhygiens hygiensjuksköterska.

Upplands-Bro kommun fick under hösten 2022 besök av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO som ett led i den nationella tillsynen som påbörjades 2021 av den kommunala hälso- och sjukvården inom särskilda boenden för äldre. Kommunen hade tidigare anmodats att lämna in samtliga patientjournaler för en angiven period avseende patienter i särskilda boenden för äldre. Vid besöket redovisades dels resultatet av journalgranskningen, resultatet av de intervjuer som genomförts med sjuksköterskor samt resultatet av den enkät som sjuksköterskor erhållit. Slutrapport utlovades under 2023. Därefter kommer IVO att gå vidare med tillsyn av privata boenden.

MAS har under 2022 deltagit i arbetet med att patientsäkra övergången till ny dosdispensör inför januari 2023. Detta med anledning av att regionen avslutar avtalet med Svensk Dos och upphandlat Apotekstjänst med ansvar för dosdispensering till berörda patienter i bl a Upplands - Bro kommun.

Sammanfattningsvis är bedömningen att patientsäkerheten har hanterats väl utifrån den belastning som pandemin medfört, sjukfrånvaro och viss omsättning av hälso- och sjukvårdspersonal och chefer samt den omorganisation som genomfördes inför 2022 med respektive enhetschef i verksamheten som verksamhetschefsansvarig utifrån Hälso- och sjukvårdslagen 2§ i kap 4.

Under 2023 bör den huvudsakliga strategin för varje verksamhet vara utgå från vad denne angett i sin patientsäkerhetsberättelse som ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2023, samt att inkludera de förbättringsområden som är kvarstående från föregående år.

## **Övergripande mål och strategier**

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

Det övergripande målet inom hälso- och sjukvården är att dess patienter ska erbjudas en god och säker vård. Det formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap 3:

1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

### **Krav på hälso- och sjukvården**

De krav som ställs på hälso- och sjukvården regleras i Hälso- och sjukvårdslagen kap 5. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig

Vidare anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Detta innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara av sådan kvalitet att patienter inte riskerar att drabbas av vårdskada eller risk för sådan i samband med vård och behandling. Strategier inom patientsäkerhetsarbetet för att förebygga detta är bl a att arbeta aktivt med avvikelser genom att vidta åtgärder för att de inte ska återupprepas och dra lärdom av dessa i det förebyggande arbetet, arbeta med synpunkter och klagomål, arbeta med riskbedömningar, fortbildningar med mera.

Riskbedömningar genomförs regelbundet avseende fall, undernäring, trycksår och munhälsa för dem som bor på särskilda boenden för äldre. Vid grupp- och servicebostäder enligt LSS bor de fn få äldre men i förekommande fall genomförs riskbedömningar även för dessa.

Symptomskattningar av olika slag, genomförs t ex inför den årliga läkemedelsgenomgångar, vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, neuropsykiatriska symtom med flera.

Egenkontroller ffa gällande följsamhet till basala hygienrutiner har under pandemin genomförts av några verksamheter vid fler tillfällen än de två årliga tillfällen som rutinen föreskriver.

Hygienronder genomfördes under hösten 2022 vid Norrgården och Kungsgården tillsammans med Vårdhygien, Region Stockholm.

Årlig extern kvalitetsgranskning av apotekare avseende läkemedelshantering är också en strategi inom patientsäkerhetsarbetet. Dessa genomfördes i verksamheterna under försommaren 2022.

Ingen avvikelse inom hälso-och sjukvård har under 2022 medfört en allvarlig vårdskada. Ingen Lex Maria-anmälan har därför upprättas av MAS.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

**Vårdgivare** (lagstadgat ledningsansvar)



Äldre- och omsorgsnämnden samt Socialnämnden har under år 2022 var och en för sig varit ytterst ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivits inom dess ansvarsområde och att denna är patientsäker.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (lagstadgat ansvar)**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om delegeringar av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS har ett övergripande och tillika medicinskt ledningsansvar och upprättar instruktioner och riktlinjer, följer upp samt fungerar som ett stöd till verksamheter vad gäller hälso- och sjukvård. MAS ansvarar för att göra Lex Maria- anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) vid allvarlig vårdskada eller risk för sådan. MAS ansvarar även för att till IVO anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk ur patientsäkerhetsperspektiv eller ur förtroendesynpunkt. Skälen till detta kan vara oskicklighet, olämplighet, brottslighet, sjukdom eller missbruk av alkohol, narkotika eller andra droger. Omvärldsbevakning inom hälso- och sjukvårdsområdet och att bevaka nyheter inom den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården är en väsentlig del i MAS arbete.

#### **Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen 4:2 (lagstadgat ansvar)**

Enhetscheferna i de verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs har under 2022 tillika verkat som verksamhetschefer med ansvar enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för den hälso- och sjukvård som bedrivits inom respektive nämnd. Ansvaret omfattar att

- säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- ledning av hälso- och sjukvårdens organisation så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården.

En del i detta är att ha rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksam-

hetschef får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter om denna inte har formell kompetens för detta. En särskild blankett har under 2022 tagits fram för att tydligt formalisera denna överlåtelse av vissa medicinska ledningsuppgifter för de enhetschefer som utövar nämnda verksamhetschefsansvar men inte har formell medicinsk kompetens.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (lagstadgat ansvar)**

Legitimerad personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldiga

- att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav
- utforma och genomföra vården i samråd med patienten
- bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålles och ska kontinuerligt rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.
- föra patientjournal
- medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat mm.

På vardagar, dagtid ansvarar respektive verksamhets sjuksköterska/skor för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå. På obekvämtid dvs kvällar, nätter och helger ansvarar Big Care AB för sjuksköterskeinsatser.

### **Omsorgspersonal - baspersonal**

Omsorgspersonal (baspersonal) består huvudsakligen av undersköterskor och vårdbiträden som arbetar utifrån socialtjänstlagen respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts. De tillhör under utförandet av delegerade hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter gruppen hälso- och sjukvårdspersonal och lyder då under dess lagstiftning. De ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat mm.

### **Läkare**

Läkare är inte ett kommunalt ansvar, utan ett regionansvar- läkarna arbetar på uppdrag av regionen. Läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB har under 2022 i likhet med tidigare besökt samtliga kommunens särskilda boenden för äldre en gång i veckan på uppdrag av regionen och är därutöver tillgängliga för sjuksköterskorna på telefon dygnet runt. Läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån en samverkansöverenskommelse. Vid LSS-boenden har de boende sina läkare på primärvårdens vårdcentraler. Det finns fast läkartid avsatt vid respektive vårdcentral för rondliknande möten och hembesök tillsammans med kommunens LSS- sjuksköterska. Även här arbetar vårdgivarna utifrån en samverkansöverenskommelse.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Omsorgspersonal som upptäcker risker och avvikelser i samband med vård och behandling, kontaktar enligt rutin omedelbart tjänstgörande sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut beroende på vad som hänt och upprättar därefter en skriftlig avvikelse. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen vidtar i samband med händelsen nödvändiga åtgärder. Patientansvarig sjuksköterska registrerar därefter avvikelsen i Pro Capita Avvikelsemodul. Avvikelser tas månatligen upp i verksamheternas kvalitetsråd för genomlysning och mer långsiktiga åtgärder. Detta i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Där deltar ansvarig enhetschef, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgs/baspersonal.

Händelser som medfört eller riskerar att medföra allvarlig patientskada eller risk för sådan ska rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar för att utföra slutlig utredning och upprättande av Lex Maria-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I händelse av sådan informeras ansvarig nämnd.

Riskbedömningar rörande nutrition, fall, trycksår och munhälsa genomförs, analyseras och dokumenteras tillsammans med beslutade åtgärder i Pro Capita HSL- journal. Dessa registreras under förutsättning av den enskildes samtycke även i Senior Alert.

Varje dödsfall som skett på plats på ett boende registreras i Svenska Palliativregistret utifrån ett antal parametrar kring den avlidnes sista levnadsvecka. Resultaten från kvalitetsregistreringar kan sedan användas i den egna verksamheten för att se om förbättringar behöver vidtas.

Kvalitetsuppföljning utförs av MAS årligen.

Öppna jämförelser och kvalitetsregister är källor som kan användas för uppföljning av tendenser i verksamheterna.

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Patientsäkerhetsberättelse har avseende år 2022 upprättats vid samtliga verksamheter där kommunal hälso- och sjukvård ges; särskilda boenden för äldre, dagverksamhet demens, grupp- och servicebostäder enligt LSS samt dagliga verksamheter enligt LSS. Varje verksamhet beskriver där hur de arbetat med patientsäkerhet. Övergripande beskrivs här några områden:

Under 2022 fortsatte pandemin att på olika sätt påverka samtliga vård- och omsorgsverksamheter.

- Verksamheterna arbetade under 2022 med fortsatt fokus på att förhindra smittspridning. Provtagningar avseende covid genomfördes av kommunens sjuksköterskor när misstanke om att smitta förelåg.

- Vaccinationer har genomförts av kommunens sjuksköterskor både med såväl säsongsinfluensavaccin, pneumokockvaccin likväl som med de olika doserna av covidvaccin som regionen beslutade skulle ges under 2022.
- Personal har i flera verksamheter genomgått både Vårdhygiens och Socialstyrelsens utbildningar i basala hygienrutiner för personal inom vård och omsorg,
- Smittsäkra besök har genomförts i enlighet med Smittskydds rekommendationer.
- Ett gemensamt förråd för lagerhållande av skyddsutrustning tillskapades under våren 2020 har hållits fortsatt uppdaterat under 2022 med särskilt utsedd ansvarig för beställningar utöver de mindre förråd som fanns ute i verksamheterna sedan tidigare.
- Verksamheter tex inom daglig verksamhet och dagverksamhet för dementa har efter nedstängningar under 2021 öppna upp under 2022.
- Regelbundna möten med privata utförare för avstämning och information gällande covid-läget har hållits under 2022. Dessa möten har även inkluderat samtliga utförare av hemtjänst.
- Det gängse arbetet med kvalitetsregistreringar i Senior Alert, BPSD-registret och Palliativa registret har till viss del påverkats genom att man varit tvungen att prioritera pandemiarbetet och att säkerställa bemanning för grundläggande patientvård.
- Årliga läkemedelsgenomgångar har genomförts av ansvarig läkare i samverkan med sjuksköterska.
- Årlig granskningar av verksamheters läkemedelshantering med apotekare från Apoteket AB har genomförts.
- Hygienronder med regionens Vårdhygieniska enhet har genomförts vid två av kommunens egna boenden.
- Inköp av medicinteknisk utrustning för att kunna möta behovet av mer avancerad och patientsäker vård på plats har köpts in.
- Årliga medicinska vårdplaneringar där anhöriga bjudits in att delta på plats eller delta via teamsmöten har under 2022 genomförts konsekvent i särskilda boenden för äldre
- Årlig kontroll och besiktning av vårsängar, liftar mm har genomförts.
- Utbildningar i bl a förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel har genomförts av de sjuksköterskor som ej hade sådan sedan tidigare.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

### Basala hygienrutiner

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner med observation och självskattning har under 2022 genomförts av nästintill samtliga verksamheter. Alla verksamheter har arbetat aktivt med att dess personal ska genomföra/repetera en eller bägge av de utbildningar som finns om basal hygien. Socialstyrelsens webbutbildning är öppen för alla men Vårdhygiens utbildning är numera endast öppen för dem som har avtal. Avtal med Vårdhygien kan i nu-läget endast tecknas för särskilda boenden för äldre.

Regelbunden repetition och återkommande genomförande av webbaserad utbildning i basal hygien förstärker och vidmakthåller en hög följsamhet till basala hygienrutiner.

### Läkemedelsgranskning av läkemedelshantering

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av extern farmaceut/apotekare enligt med HSLF-FS 2017:37 om hantering av läkemedel genomfördes under juni 2022. Resultatet visade att ett antal punkter fortfarande kvarstod från 2021 års granskning i en av verksamheterna att åtgärda.

### Tandvård- munhälsobedömningar och utbildning av personal i munhälsa (Symfoni)

#### Munhälsobedömning och tandvårdstödsintyg

Enligt överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm skall Tandvårdsenhetens utförare av uppsökande verksamhet årligen utföra munhälsobedömningar hos de patienter/brukare som tackat ja till erbjudande om detta. Inom särskilda boenden för äldre är det sjuksköterskor som ansvarar för att erbjuda och via registrering i Symfoni informera Tandvårdsenheten vilka patienter som tackat ja eller nej till erbjudandet. För LSS-boenden, brukare med hemtjänst eller personlig assistans ansvarar myndighetshandläggare för detta.

#### Utbildning i munhälsa

Enligt ovan nämnda överenskommelse ska regionens anlitade utförare av uppsökande verksamhet även erbjuda personal inom vård- och omsorg en årlig utbildning i munvård. Respektive vård- och omsorgsverksamheter ska enligt överenskommelsen samverka i att sådant utbildningstillfälle kan anordnas på plats i verksamheten.

Rapport 1 (se nedan) visar att sjuksköterskor och handläggare under 2022 erbjudit totalt 367 berättigade (380 föregående år) munhälsobedömning varav 344 tackat ja (343 föregående år). Tandvårdsenhetens utförare utförde 192 munhälsobedömningar (55,81 %). Rapporten visar också att totalt endast 1 personal inom vård- och omsorg genomgått den årliga utbildning i munvård av Tandvårdsenhetens utförare som all personal ska ges årligen.



Tandvårdsenheten

#### Rapport 1 - Resultat av Uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning) År 2022 - Upplands-Bro

##### Munhälsobedömning och Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal

Munhälsobedömning	Antal erbjudna	Antal ja tack	Antal utförda	Andel utförda av de som tackat ja
<b>Särskilt boende SoL och LSS</b>	<b>234</b>	<b>232</b>	<b>175</b>	<b>75,43%</b>
Kommunalt boende	198	197	162	82,23%
LSS	36	35	13	37,14%
<b>Egen bostad SoL och LSS</b>	<b>133</b>	<b>112</b>	<b>17</b>	<b>15,18%</b>
Hemsjukvård	0	0	0	0,00%
Egen bostad	77	70	10	14,29%
LSS Egen bostad	56	42	7	16,67%
<b>Summa totalt</b>	<b>367</b>	<b>344</b>	<b>192</b>	<b>55,81%</b>

Munvårdsutbildning	Antal utbildade	Antal Ambassadör
<b>Särskilt boende SoL och LSS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Kommunalt boende	1	1
LSS	0	0
<b>Egen bostad SoL och LSS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Hemsjukvård	0	0
Egen bostad	0	0
LSS Egen bostad	0	0
<b>Summa totalt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Källa: Symfoni

Rapport 1.1 (se nedan) visar fördelningen/ verksamhet av de personal som erhållit årlig munhälsoutbildning.



1/1

Tandvårdsenheten

2023-06-26

### Rapport 1.1 - Antal utbildade på boendenivå, Upplands-Bro 2022

Boendeenhet	Antal utbildade
3891 - HAGTORPS ÄLDREBOENDE/ Attendo	1
<b>Totalt</b>	<b>1</b>

Källa: Symfoni

Rapport 2 (se nedan) visar att av de totalt 192 patienter/brukare som fick sin munhälsobedömning utförd år 2022 så hade 82,81 % en bra munhygien (50,97 % föregående år) medan 2,08% % hade mycket dålig munhygien 12,90 % föregående år), vilket är ett positivt resultat.



Tandvårdsenheten

### Rapport 2 - Epidemiologisk rapportering, Upplands-Bro År 2022

<b>Antal patienter:</b>	192	
<b>Smärta</b>		
(Nej) Har inte ont/känner inte smärta	189	98,44%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla är inte orsak till detta	0	0,00%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla är orsaken	0	0,00%
Går inte att avgöra/Vet ej	3	1,56%
<b>Tuggförmåga</b>		
Ja, utan svårighet	183	95,31%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun- och tandstatus	7	3,65%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på andra orsaker	2	1,04%
<b>Muntorrhet</b>		
Ja	121	63,02%
Nej	71	36,98%
<b>Bedömning av munhygien</b>		
Bra	159	82,81%
Acceptabel	14	7,29%
Dålig	15	7,81%
Mycket dålig	4	2,08%

Källa: Symfoni

Munhälsa är oerhört viktigt för den enskilde som inte själv kan sköta densamma. Munhälsan påverkar välbefinnande, aptit mm mm. Därför är det viktigt att omsorgspersonal/baspersonal ges möjlighet att på sin arbetsplats årligen ta del av den utbildning som regionen erbjuder via sin kontrakterade utförare. Under 2022 har det efter pandemins restriktioner åter varit möjligt för vård- och omsorgsverksamheter att boka in tider för utbildning med regionens upphandlade utförare av uppsökande verksamhet, i enlighet med vad som åligger vård- och omsorgsverksamheter enligt överenskommelsen med regionen om uppsökande verksamhet [Samverkan vid uppsökande verksamhet \(munhälsobedömning och munvårdsutbildning\) och nödvändig tandvård - Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län \(storsthlm.se\)](#). Det bör vara en prioriterad fråga för samtliga verksamhet-

erna att återuppta dessa årliga utbildningstillfällen i såväl säbo äldre, LSS-boende som hemtjänst osv.

### Palliativa registret

I Svenska Palliativregistret finns data att tillgå, som utifrån där fastställda indikatorer som beskriver kvaliteten den sista levnadsveckan för de avlidna som registrerats. Samtliga särskilda boenden för äldre gör registreringar i registret för dödsfall för de patienter som avlider på plats på respektive boende. Resultaten kan sedan användas för att se vilken kvalitet som värden håller och vad som behöver förbättras.



Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2022. (Diagram 1.)

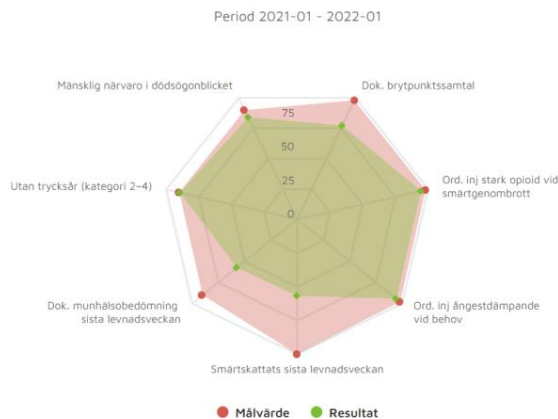
### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2023-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	85,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	47,1
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,4

Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2022. Förtydligande tabell till diagram 1.

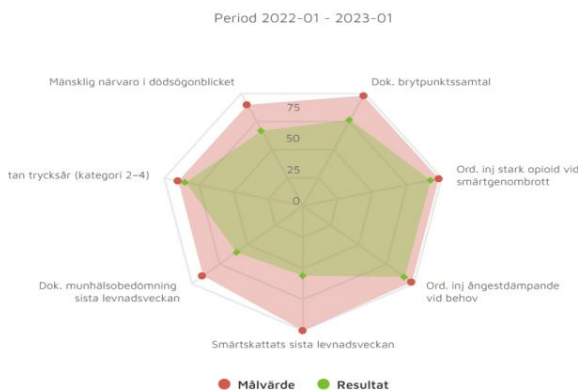
## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2021. (Diagram 2).

Resultatet visar (diagram 1) att ingen större förändring skett avseende flertalet indikatorer i förhållande till år 2021 (diagram 2). Viss förbättring avseende indikatorn ”Smärtskattning sista levnadsveckan” kan dock ses. Denna indikator tillsammans med indikatorerna ”Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan” och ”Dokumenterat brytpunktsamtal” bör utgöra framtida förbättringsområden.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Källa: Svenska Palliativregistret. Äldre avlidna på sjukhus, Stockholms län, under 2022. (Diagram 3.)

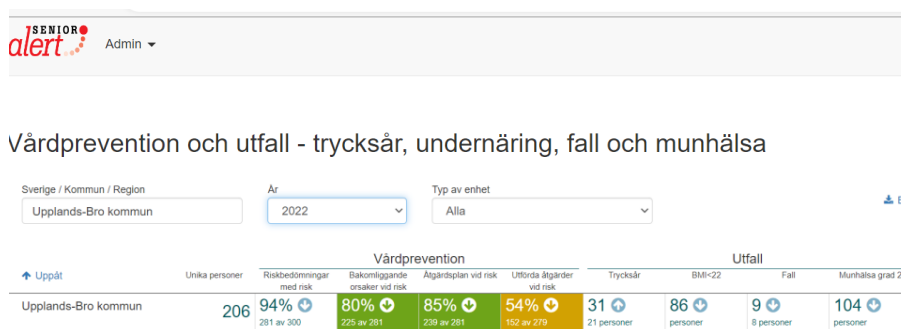
Diagram 3 visar som en jämförelse Region Stockholms resultat för samma indikatorer för de äldre i Stockholms län som avlidit på sjukhus under 2022.

### Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. I kvalitetsregistret Senior Alert finns data till-



gängligt som beskriver resultaten för vårdprevention och utfall avseende utförda och registrerade riskbedömningar. Riskbedömningar erbjuds bland annat vid den äldres inflytt till ett särskilt boende och ska därefter erbjudas minst 2 gånger per år. Resultatet används även i den årliga medicinska vårdplaneringen. För att riskbedömningar ska finnas tillgängliga för åtkomst i Senior Alert krävs att vårdgivare är ansluten till Senior Alert samt att den enskilde ger sitt medgivande till att uppgifterna kring de riskbedömningar som avser denne, registreras i registret. Upplands-Bro kommun är ansluten till registret. Majoriteten av de tillfrågade riskbedömda patienterna/brukarna medger oftast att registrering görs.



Källa: Senior Alert, Vårdprevention och Utfall, Upplands-Bro kommun, 2022.

Resultatet visar att under år 2022 har 206 unika individer vid samtliga särskilda boenden för äldre i Upplands-Bro kommun (Hagtorp och Lillsjö Badväg inkluderat), riskbedömts och samtyckt till att deras riskbedömningar registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert utöver att de journalförts.

Resultatet visar också att i 94 % (96 % föregående år) av riskbedömningarna påvisades risker. Av dessa har 85 % (89 % föregående år) fått en åtgärdsplan registrerad i registret samt 54 % fått de utförda åtgärderna registrerade i kvalitetsregistret. Detta är en försämring mot föregående år då 64 % av de utförda åtgärderna registrerades i kvalitetsregistret. Dock dokumenteras alltid alla uppgifter även i patientjournalen enligt gällande lagstiftning då Senior Alert inte är en patientjournal utan enbart ett kvalitetsregister. Med den pågående upphandlingen av ett nytt verksamhetssystem med en modernare patientdatajournaldel i så finns en förhoppning om att dokumentationen kan göras enbart i patientdatajournalen och digitalt föras över till kvalitetsregistret med automatik- för att slippa den dubbeldokumentation som idag är nödvändig för att uppfylla de krav som ställs på dokumentation.

### BPSD- registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller ett verktyg för att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar, vandringsbeteende, rop-beteende och andra BPSD-symptom. De flesta personer med demenssjukdom (ca 90 %) får någon gång BPSD, det vill säga Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Det kan handla om till exempel aggressivitet, oro och hallucinationer. Symptomen orsakar ofta lidande för personen med demenssjukdom och är även svåra att möta och hantera för anhöriga och vårdpersonal. Syfte och mål med BPSD-registret är att

genom multiprofessionella vårdåtgärder försöka minska eventuellt förekommande beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. De insatser som en person får inom ramen för socialtjänsten får inte följas upp i ett kvalitetsregister. Det är först efter kontakt med vårdgivare med HSL-ansvar inom den egna organisationen som personen kan inkluderas i ett kvalitetsregister. BPSD-registret används av demensenheter vid kommunens egenregi och av en av de privata utförarna.

### Läkemedel i särskilt boende för äldre

Tre eller fler psykofarmaka (användare i %)				Tio eller flera läkemedel (användare i %)				Olämpliga läkemedel (användare i %)				Användare av antipsykotiska läkemedel (användare i %)			
2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
23,2	24,8	22,4	21,5	50,4	45,4	51,0	38,7	15,2	10,6	6,3	3,7	19,9	17,7	16,1	10,4

*Källa: Öppna jämförelser. "Utvecklingen gällande läkemedel, personer >75 år i särskilt boende", Upplands-Bro kommun 2019 – 2022*

Redovisningen avseende läkemedel i särskilda boenden för äldre omfattar såväl egenregi som privata utförare i Upplands-Bro kommun. Resultatet visar att trots pandemins påverkan på den enskildes mentala välbefinnande (tex i form av oro, ängslan osv) har det lyckats att under 2022 ytterligare minska den procentuella andelen av patienter/brukare som använder olämpliga läkemedel samt användare av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel. Även antalet individer som använder fler än tio läkemedel har minskat vilket är positivt. Den årliga översynen av ordinerade läkemedel i form av läkemedelsgenomgångar med läkare och sjuksköterska har här en stor betydelse.

### Patientnämnden

Patientnämnden handlägger frågor som rör Region Stockholms hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård samt omvårdnad i särskilda boenden, privata vårdgivare som har avtal med Region Stockholm. Nämnden bidrar till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och att verksamheterna i hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Under år 2022 har totalt ett ärende gällande särskilt boende inkommit till Patientnämnden. Klagomålet består av flera olika delar relaterat till samma ärende. Under 2021 samt 2020 inkom inga ärenden med synpunkter eller klagomål till Patientnämndens förvaltning gällande vård bedriven inom Upplands-Bro kommuns vård- och omsorgsverksamheter.

Antal ärenden och klagomål per enhet, vårdrättning och problemområde 2022

Enhet/Vårdrättning	Ärenden, totalt *	Kommunikation	Vård och behandling	Vårdare och organisation	Klagomål, totalt
Upplands Bro	1	1	1	1	3
Norrgården AB	1	1	1	1	3
<b>Totalt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Antal ärenden och klagomål per enhet, vårdrättning och problemområde 2021

Enhet/Vårdrättning	Ärenden, totalt *	Klagomål, totalt
<b>Totalt</b>	<b>0</b>	

Källa: Patientnämnden, PAN 2022.

## Medicintekniska hjälpmedel- och produkter

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ansvarar för att besiktningar och kontroller görs av individuellt förskrivna och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. En "Hjälpmedelsmodul" finns i Pro Capitas verksamhetssystem för att underlätta att ha god översikt över hjälpmedlen.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

**Ett flertal överenskommelser avseende samverkan och samverkansforum mellan kommunen och Region Stockholm berör den kommunala hälso- och sjukvården. Ytterligare samverkansforum har uppstått under pandemin:**

- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande utskrivningsklara från slutenvården (sk LUS:en)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande "Sammanhållen överenskommelse om personer som bor i särskilt boende för äldre". (Två tilläggsöverenskommelser finns)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande egenvård
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande uppsökande verksamhet (tandvårdsstöd)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Överenskommelse mellan HSF, juridisk person för bårhus samt Upplands-Bro kommun avseende omhändertagande av avlidna
- Överenskommelse om samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna i Saltsjöbaden
- Samverkansöverenskommelse Upplands-Bro kommun och Habilitering och

hälsa

- Lokal samverkansöverenskommelse med vårdcentralerna (3 st) avseende hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet
- Avtal om Vårdhygienisk expertis (Region Stockholm)
- Avtal med Ragnsells avseende hämtning och destruering av överblivna läkemedel och skärande/stickande och smittsamt riskavfall
- Samverkan/information med Vårdhygien och Smittskydd i Stockholms län.
- Samverkan/information med Tandvårdsenheten (MAS är kontaktperson)
- Samverkan/dialogmöten har genomförts under året med vårdcentralerna angående hälso- och sjukvård inom LSS-boenden och daglig verksamhet
- Samverkan/dialogmöten med Familjeläkarna i Saltsjöbaden (1 ggr/veckan under pandemins intensivaste del men som under året återgått till 1 ggr/månaden)
- Samverkan/dialogmöten med regionen 1 ggr/veckan under stor del av 2022 pga pandemi men som under året glesats ut)
- Samverkan/dialogmöten med Danderyds Sjukhus chefsläkare och de kommuner som ligger inom sjukhusets upptagningsområde (2 ggr/år)
- Samverkan/dialogmöten med regionens geografiska samordnare- primärvård (1 ggr/månaden)
- Regelbundna återkommande möten med privata utförare för rapportering och dialog kring covid-läget har genomförts under 2022.

## Risicanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Risicanalys och händelseanalys är arbetsmetoder som utvecklats för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

Risikbedömningar däremot är de bedömningar som bland annat görs i samband med att en boende flyttar in på ett särskilt boende för äldre då risikbedömningar för fall (Downton), undernäring (MNA), trycksår (Norton) och munhälsa (Roag) görs.

- *Modifierad Norton scale* visar risk för att utveckla trycksår
- *MNA (Mini Nutritional Assessment)* bedömer risk för undernäring
- *Downton Fall Risk Index (DFRI)* bedömer risk för fall
- *ROAG (Revised Oral Assessment Guide)* bedömer ohälsa i munnen

I nedanstående tabell anges hur många (i procent) av de utförda risikbedömningarna inom respektive område som påvisat att en risk föreligger för den enskilde att drabbas av trycksår, undernäring, fall eller nedsatt munhälsa. Pilen efter varje siffra anger om risikbedömningarna som påvisat risk sjunkit eller ökat i förhållande till föregående år.

↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk
Upplands-Bro kommun	206	94% ↓ 281 av 300
Trycksår		30% ↓ 89 av 300
Undernäring		62% ↑ 186 av 300
Fall		87% ↑ 262 av 300
Munhälsa		65% ↑ 182 av 282

Källa: Senior Alert, Vårdprevention och Utfall, Upplands-Bro kommun, 2022.

Avvikelse skrivs när den boende i samband med vård och behandling har eller riskerat att ha drabbats av fysisk eller psykisk skada. Avvikelse åtgärdas i det akuta skedet, för att sedan månatligen tas upp i verksamhetens kvalitetsråd för att dra lärdom och se mönster respektive trender i avvikelserna. Dessa kan sedan ligga till grund för en riskanalys och mer generella åtgärder.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

SITHS tjänstekort används av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för en säker inloggning. I avtal med bemanningsföretag och jourorganisation, ställs krav på att företagen tillhandahåller SITHS-kort för sin legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. E-tjänstekort är en förutsättning för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ges säker åtkomst till bland annat Symfoni, Pascal, Visma Proceedo, NPÖ (Nationell Patientöversikt), Senior Alert, Svenska Palliativregistret, Hjälpmedelsguiden, Beställningsportalen med mera.

Vid inloggning i vårdgivarens egna patientjournal dvs Pro Capita HSL - journal används 2-faktorsinloggning som säker inloggning. Behörighetstilldelning sker genom att den enhetschef som anställer legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal ansöker om nödvändiga behörigheter för den nyanställda.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelse

Avvikelsehantering är ett arbetssätt som syftar till att kvalitetssäkra en verksamhet. Genom att systematiskt identifiera, rapportera, registrera, analysera, åtgärda, följa upp händelser som medfört eller kunnat medföra risk för en vårdskada identifieras riskområden. Mycket av detta kvalitetsarbete sker i respektive verksamhets kvalitetsråd som vanligen sammanträder månatligen.

Varje personal inom vård- och omsorg har enligt riktlinje för avvikelsehantering skyldig att rapportera icke förväntade händelser som medfört eller kunnat medföra risk för vårdskada.

Under år 2022 har totalt 348 avvikelser registrerats i Pro Capita Avvikelsemodul HSL. 177 avvikelser har varit fallrelaterade vilket är en minskning av an-

talet fallincidenter som skett sedan 2020. 171 avvikelser har varit läkemedelsrelaterade, vilket är en ökning i förhållande till år 2021 respektive år 2020. Dessa avvikelser handlar övervägande om uteblivna läkemedeldoser p g a ”glömska”. Med ett digitalt signeringsystem med påminnelsefunktion kan denna typ av avvikelser undvikas. En sådan funktion är en del i den upphandling av ett nytt verksamhetssystem som är på gång.

År	Fall	Läkemedel	Nutrition	Medicintekniska hjälpmedel & produkter	Våld & hot	TOTALT
2022	177	171	0	0	0	348
2021	205	126	3	0	0	334
2020	290	159	0	0	0	449
2019	259	287	0	2	0	548
2018	303	227	1	1	1	533

Källa: Pro Capita HSL Avvikelsesystem

### Delegeringar

När legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det är patientsäkert att delegera en medicinsk hälso- och sjukvårdsarbetsuppgift till icke-formellt men reellt kompetent personal inom vård- och omsorg, kan en delegering ske av arbetsuppgiften till enskild omsorgsbaspersonal. I det fall sådan arbetsuppgift missköts eller att delegerad personal inte följer den instruktion legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gett ska en delegering återkallas. MAS ansvarar för att delegeringar är förenliga med patientsäkerheten genom att bli ange vilka medicinska arbetsuppgifter som är möjliga att delegera under säkerställda former enligt riktlinje för delegeringar. Under år 2022 har 2 delegeringar avseende utförande av medicinska arbetsuppgifter nödgats återkallas d v s dragits in p g a brister i utförandet (år 2021 drogs 3 delegeringar in).

### Lex Maria- anmälan om allvarlig vårdskada

Ingen händelse (avvikelse) har i samband med vård och behandling under år 2022 inom vård- och omsorg varit av sådan allvarlighetsgrad (allvarlig vårdskada till skillnad från vårdskada) att denna legat till grund för en Lex Maria-anmälan.

### Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan lämnas på olika sätt. Det kan ske muntligt direkt till verksamheten, digitalt, via brevlådor i respektive verksamhet där synpunkter kan lämnas men även lämnas direkt till Patientnämnden. Klagomål avseende hälso- och sjukvård går ej heller att registrera i det Pro Capita HSL Avvikelse system som används för avvikelser inom hälso- och sjukvård. Detta innebär att det är svårt att få en överskådlig bild av de klagomål och synpunkter som uppkommer. Klagomål som inkommit till respektive verksamhet hanteras ff a i de månatliga kvalitetsråden.

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Respektive ansvarig sjuksköterska ansvarar för både muntlig och skriftlig information om den kommunala hälso- och sjukvården till den enskilde och dess eventuella närstående i samband med den enskildes inflytt till ett boende. I samband med detta tas även samtycken in från den enskilde avseende informationsöverföring till annan vårdgivare, närstående, registrering i kvalitetsregister med mera.

Vid inflyttningen ska en hälso-/vårdplan upprättas tillsammans med patient och närstående. Under 2022 har årliga medicinska vårdplaneringarna genomförts för patienter/brukare inom särskilda boenden för äldre i egenregi för en ökad delaktighet och samverkan med anhöriga och patienter. Vid sådan planering bjuds anhörig in med patientens samtycke att delta på plats eller digitalt.. Inför detta tillfälle ska årliga prover tas, symtomskattning med läkemedelsgenomgång vara utförd, samtliga riskbedömningar vara genomförda så allt underlag finns som en grund för den fortsatta planeringen kring patientens vård i samverkan med denne och dess närstående.

Vid palliativ vård ska i enlighet med palliativa registrets mall en planering ske där information och delaktighet är naturligt för såväl patient som närstående.

Den enskilde erbjuds i samband med inflytt att lista sig i hos den verksamma läkarorganisationen vid särskilda boenden för äldre. Vid LSS-boenden väljer den enskilde läkare/vårdcentral att lista sig hos. Ofta är de som flyttar in på ett LSS-boende listade hos vårdcentral sedan tidigare och behåller den vårdcentralen.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Varje verksamhet ansvarar själv för att regelbundet sammanställa, analysera och åtgärda sina avvikelser för att kunna se mönster eller trender som medför brister i den egna verksamhetens kvalitet.

MAS ansvarar för mer övergripande sammanställning och analys, förslag till åtgärder samt uppföljning av händelser av allvarligare art.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

- Även år 2022 har i likhet med såväl 2021 som år 2020 präglats av ett patientsäkerhetsarbete som bestått av att minimera smittspridning bl a genom provtagningar för covid, smittspårningar, ett omfattande vaccinationsarbete under året för att patienter/ brukare inom särskilda boenden skulle erhålla samtliga rekommenderade doser av covidvaccin samt den årliga vaccinationen mot säsongsinfluensa och pneumokockvaccin.
- Mycket av planerade åtgärder inom det förebyggande patientsäkerhetsarbetet har återigen fått nedprioriteras av verksamheterna och stå tillbaka för nya arbetssätt och behov av snabba anpassningar till riktlinjer och direktiv från Smittskydd Stockholm, Vårdhygien, Region Stockholm, MAS och andra myndigheter.
- MAS har regelbundet kom- municerat ut covidläget till

verksamheter samt meddelat förändringar i riktlinjer gällande covid från olika myndigheter.

- Stor betydelse ur patientsäkerhetsperspektiv har verksamheternas arbete med att säkerställa att man haft personal på plats för att upprätthålla verksamheten under pandemin då många av den ordinarie personalen själva insjuknat i olika omgångar och inte heller fick vistas på arbetsplatsen vid symtom på covid.
- Andra delar av patientsäkerhetsarbetet har upprätthållandet av det lokalt reservförråd för skyddsutrustning utgjort.
- För övriga resultat- se tidigare rubriker.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Samtliga verksamheter har i sina patientsäkerhetsberättelser angett sina övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2023.

MAS vill dock särskilt lyfta förbättringsområden där några är kvarstående från föregående år (och därför bör prioriteras) och andra anges på en detaljerad nivå:

- vidta de åtgärder som kvarstår utifrån protokoll från Apotekets senaste kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen (gäller de verksamheter som ännu inte gjort detta)
- boka tid med Tandvårdsenhetens (regionens) utförare av uppsökande verksamhet (Flexident) för **årlig (munvårdsutbildning)** av respektive verksamhets vård- och omsorgspersonal i enlighet med den överenskommelse som finns mellan kommunen och regionen. [Samverkan vid uppsökande verksamhet \(munhälsobedömning och munvårdsutbildning\) och nödvändig tandvård - Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län \(storsthlm.se\)](#).
- planera så att sjuksköterskor oberoende av om verksamma inom äldre eller funktionshinderområdet ges möjlighet att delta i de tillfällen för färdighetsträning som fortsättningsvis erbjuds inom pilotprojektet-KTC (Kliniskt träningscenter) om *olika infarter med Piccline- Port-a Cath /andningssvård med tracheostomi- hostmaskiner/ blodtransfusioner/urinvägar med urostomier- nefrostomier-Kateter a Demeure – suprapubiskateter osv osv*. Detta som en förberedelse för att kunna ta emot patienter på ett patientsäkert sätt inom 1,3 dag enligt överenskommelse om betalningsansvar mellan kommunen och regionen <https://www.storsthlm.se/media/fbj10043/utskrivning-fr%C3%A5n-sluten-h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rd-i-stockholms-l%C3%A4n-%C3%B6verenskommelse-inkl-bilaga.pdf>
- öka antalet dokumenterade munhälsobedömningar under sista lev-



nadsveckan (Palliativa registret visar ett resultat på 47,1 % av målvärdets 90,0 %)

- öka antalet dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan (Palliativa registret visar ett resultat på 50,0 % av målvärdets 90,0 %) Där rekommenderas Abbey Pain Scale fortfarande när SÖS-stickan inte fungerar.
- öka antalet dokumenterade brytpunktssamtal för att nå målvärdet (Palliativa registret visar ett resultat på 82,4 % av målvärdets 98,0 %)
- fortsätta med implementeringen av digital mätning av urinläckage i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion med Tena Identify tills metodiken används i alla boenden inom egenregi inför förskrivning av inkontinenshjälpmedel
- regelmässigt utföra BPSD-skattningar när patienter/brukare i demensboenden uppvisar beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom (t ex oro, aggressivitet, utåtagitation, ”vandringsproblematik”, rop-och skrikbeteende, sömnstörningar, hallucinationer osv) för att i högre grad upprätta och i första hand använda bemötandeplaner istället för att efterfråga läkemedelsbehandling med olämpliga läkemedel som antipsykotiska eller sedativa läkemedel
- fortsätta förbereda verksamheter för en omställning till en god, sömlös, personcentrerad och patientsäker vård - där vård på mer avancerad nivå ska utföras på plats i boendet/hemmet. Detta i enlighet med God och Nära Vård - överenskommelsen som slutits mellan staten och SKR (dvs Sveriges Kommuner och Regioner). Kan t ex innebära att förbereda med kompetenshöjning av vård- och omsorgspersonal, bemanna rätt med rätt kompetens, säkerställa behovet av mer medicinteknisk utrustning på plats i verksamheten



Kommunledningskontoret

Märta Westerberg

Kanslienheten

Marta.Westerberg@upplands-bro.se

Datum

2023-08-18

Vår beteckning

ÄON 23/0094

Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

## Val av kontaktpolitiker för äldre- och omsorgsnämnden mandatperioden 2023-2026

### Förslag till beslut

1. Till kontaktpolitiker för äldre- och omsorgsnämndens verksamheter mandatperioden 2023–2026 utses följande:

Kungsgården  
XX och XX

Hagtorp  
XX och XX

Humana Lillsjö badväg  
XX och XX

Hemtjänsten Kungsängen  
XX och XX

Hemtjänsten Bro  
XX

Dagverksamheten för personer med demens  
XX

2. Arvode för uppdraget utgår med högst 8 timmar per år och ledamot och besöken ska redovisas för äldre- och omsorgsnämnden.

### Sammanfattning

Äldre- och omsorgsnämnden utser vid varje mandatperiod kontaktpolitiker till nämndens verksamheter. Kontaktpolitikernas uppgift är att vara en länk mellan äldre- och omsorgsnämnden och nämndens verksamheter.

Kontaktpolitikeruppdraget syftar till att nämnden ska få fördjupade kunskaper om de verksamheter den ansvarar för. Genom verksamhetsbesök främjas dialog mellan de förtroendevalda, anställda och de som besöker verksamheterna. Uppdraget som kontaktpolitiker innebär att man ska besöka den verksamhet man är utsedd för att kontakta/besöka och där samtala med brukare/anhöriga. Samtalen ska avse verksamheter och inte personalfrågor. En gång om år ska även kontaktpolitiker för vård- och omsorgsboenden äta en måltid på verksamheten samt utvärdera och återrapportera i ett formulär sin bedömning av maten till socialkontoret.

**Kommunledningskontoret**

Varje besök ska rapporteras till nämnden muntligt eller skriftligt till nämndens närmaste sammanträde efter besöket och ersätts med timarvode till högst 8 timmar per ledamot och år.

Den 28 januari 2019 antog äldre- och omsorgsnämnden riktlinjer för kontaktpolitiker inom äldre- och omsorgsnämndens verksamheter. I riktlinjen framhålls bland annat vikten av att följa ett gemensamt förhållningssätt för de som har uppdrag som kontaktpolitiker. Ett av förhållningssätten är att en kontaktpolitiker företräder äldre- och omsorgsnämnden och inte sitt eget parti.

I riktlinjen sammanfattas uppdraget i följande punkter:

- Besök av verksamheten, till exempel i form av studiebesök.
- Samtala med brukare/anhöriga i den mån de själva önskar kontakt och dialog.
- Ta del av verksamheternas nedbrutna mål samt dokument som verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.
- En gång om år äta en måltid på vård- och omsorgsboendet samt utvärdera måltidsbesöket.
- Återrapportera till äldre- och omsorgsnämnden om kontakter och eventuella frågor som tagits upp under besöken.

**Beslutsunderlag**

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 18 augusti 2023
- Riktlinjer för kontaktpolitiker inom äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

**Barnperspektiv**

Att skapa förutsättningar för dialog och kontakt mellan förtroendevalda, anställda och unga som använder kommunens verksamheter leder till ökad förståelse och kunskap sinsemellan. Det skapar också en bra grund för nämndens ledamöter att fatta beslut om nämndens verksamhet och inriktning som berör barn och unga i kommunen.



**UPPLANDS-BRO  
KOMMUN**

Kommunledningskontoret

Datum

2023-08-18

Vår beteckning

ÄON 23/0094

3 (3)

Socialkontoret

Mitra Ghannad

Tf. socialchef

Bilagor

- Riktlinjer för kontaktpolitiker inom äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

Beslut sänds till

- De valda



# Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

Äldre- och omsorgsnämnden den 2019-01-28

[sanna.ajaxen@upplands-bro.se](mailto:sanna.ajaxen@upplands-bro.se)

Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Äldre-  
och omsorgsnämndens  
verksamhetsområde

## Innehåll

1	Inledning .....	3
2	Uppdrag kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde .....	3
3	Uppdragsbeskrivning .....	3
3.1	Måltider .....	4
3.2	Uppdraget innebär sammanfattningsvis .....	4
4	Spontana besök .....	5
5	Rapportering .....	5
6	Ersättning .....	5

Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

## 1 Inledning

Ett viktigt inslag i Äldre- och omsorgsnämndens sammanfattande bedömning över utvecklingen i kommunen, är politikernas besök i verksamheterna. Uppdraget som kontaktpolitiker ska även ses som en del av Äldre- och omsorgsnämndens kontroll av kvalitet i verksamheterna.

## 2 Uppdrag kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

Uppdragen kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde innebär årliga besök samt kontakter med den verksamhet som Äldre- och omsorgsnämnden har utsett och där samtala med brukare/anhöriga. Ledamöter och ersättare representerar nämnden och dess beslut under besöket/kontakten oavsett partitillhörighet eller uppfattning i enskild fråga.

## 3 Uppdragsbeskrivning

Planering av när besök ska genomföras bör göras upp med respektive enhetschef (eller dennes företrädare) på den verksamhet som besöks. Ledamöterna och ersättarna ska under sina besök/kontakter med verksamheten informera om Äldre- och omsorgsnämndens arbete men även samla in information från den verksamhet som besöks. Besöken bör företrädesvis göras gemensamt av utsedda kontaktpolitiker.

Syftet med besöken är att ledamöterna och ersättarna ska få en ökad kunskap om, samt inblick i, nämndens verksamhetsområden. Denna kunskap och inblick kan komplettera skriftliga underlag och underlätta vid beslut i nämnden. Kontaktpolitikern ska även tydliggöra

Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

politikerrollen för målgrupp/ verksamhet samt vara en kontaktväg mellan politiker och brukare/anhöriga i ledet för en förbättrad dialog.

När nämndens ledamöter och ersättare uppträder som kontaktpolitiker är det viktigt att de följer ett gemensamt förhållningssätt gentemot målgrupp/verksamheter. Som kontaktpolitiker företräder man Äldre- och omsorgsnämnden och inte sitt parti. Kontaktytan mellan kontaktpolitikern och verksamheten är inte en politisk arena och ska inte användas för att driva politiska intressefrågor.

Samtalen med personalen ska avse verksamheten och inte problemställningar i den löpande verksamheten så som personalfrågor, lokalfrågor och resursfrågor. En enskild kontaktpolitiker ska inte delta i den löpande verksamheten och kan inte fatta beslut som rör verksamheten.

### 3.1 Måltider

En gång varje år ska de utsedda kontaktpolitiker för vård- och omsorgsboenden äta en måltid på den verksamhet som de ansvarar över. Efter måltidsbesöket ska kontaktpolitikern fylla i ett formulär som lämnas till socialkontoret. Socialkontoret sammanställer formulären och lämnar en rapport till äldre- och omsorgsnämnden varje år. Formuläret innehåller frågor och har plats för kommentarer. Det är viktigt att varje kontaktpolitiker skriver kommentarer för en mer korrekt sammanställning samt att det ger en tydligare bild av måltidssituationen på våra vård- och omsorgsboenden. Måltiden betalas av kontaktpolitikern och ska anmälas till enhetschef (eller dennes företrädare) till det vård- och omsorgsboende som besöks av kontaktpolitiker senast 2 veckor i förväg.

### 3.2 Uppdraget innebär sammanfattningsvis:

- Besök av verksamheten, till exempel i form av studiebesök.
- Samtala med brukare/anhöriga i den mån de själva önskar kontakt och dialog.



Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

- Ta del av verksamheternas nedbrutna mål samt dokument som verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.
- En gång om år äta en måltid på vård- och omsorgsboendet samt utvärdera måltidsbesöket.
- Återrapportera till Äldre- och omsorgsnämnden om kontakter och eventuella frågor som tagits upp under besöken.

## 4 Spontana besök

Spontana besök av kontaktpolitiker bör ej förekomma. Respektive enhetschef ska alltid informeras i förväg om besök som en enskild ledamot eller ersättare ska genomföra. Kontaktpolitikern måste även senast 2 veckor innan anmäla sitt måltidsbesök.

## 5 Rapportering

Efter varje besök/kontakt med verksamheten ska en rapport lämnas in till det närmaste nämndsammanträde efter besöket/kontakten. Denna rapportering kan ske såväl muntligt som skriftligt samt kan lämnas in av en eller flera kontaktpolitiker. En rapport kan till exempel ta upp en kort beskrivning av den besökta verksamheten, allmänna intryck vid besöket och eventuella särskilda frågor som tagits upp i kontakten.

## 6 Ersättning

Ersättning utgår med högst 8 timmar/år och ledamot.