

Patientsäkerhetsberättelse för Koppargårdens Vård-och omsorgsboende År 2022



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Strålskydd.....	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
Avvikelse.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	21
BILAGA 1 och 2.....	22

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Under 2022 har fokus vid tre tillfällen legat på den pågående pandemin, Covid-19, och Vaccinationsarbete av doserna fyra och fem avseende Covid -19 samt arbetat med basala hygienrutiner. Detta för att förhindra smittspridning och trygga medarbetare.

Under den pågående pandemin har verksamheten haft en varierande arbetssituation och stundtals ansträngd bemanning, som löpande hanterades av operativ ledning och engagerade medarbetare.

Utvecklingsarbetet har främst utgjorts av implementeringsarbete av den nationella handlingsplanen i patientsäkerhet, "Agera för säker vård", och dess nulägesanalys.

Ledningssystemet möjliggjorde ordningen, så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter, kan kartläggas och undvikas.

Den samlade bedömningen är att årets utvecklingsarbete har skapat en bra grund för ett mer systematiskt och samordnat arbete, vilket påtagligt har stärkt patientsäkerheten, samt bidragit till att stödja omställningen till en nära vård.

Långsiktighet och strategiska analyser har varit i fokus under året. Nulägesanalysen och dess resultat med verksamhetens främsta hinder, utmaningar och åtgärdsförslag, har legat till grund för målarbetet inför 2023.

Verksamheten har blivit "Silviacertifierad", såväl avseende avdelningar med demensinriktning som somatiska avdelningar.

Under 2022 har ledningssystemet fortsatt utvecklats i syfte att uppnå förbättrad inrapportering av egenkontroller, men också en förbättrad struktur för övergripande sammanställningar av analyser och uppföljningar.

Det finns en god medvetenhet gällande förbättringsområden som informationsöverföring och dokumentation mellan respektive professionsområde. Detta för en uppfyllnad av de målsättningar som skapats.

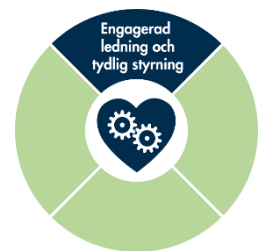
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



En av verksamhetens viktigaste uppgifter har varit att skapa ett klimat som ökar medarbetarnas delaktighet för att höja kvaliteten och möjlighet att påverka.

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

- ✓ Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att genomföra:
 - egenkontroll av utvalda processer inom hälso- och sjukvård, hänvisas till avsnittet AGERA FÖR SÄKER VÅRD och tabellen.
 - egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på t.ex. hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd, KVÅ-koder
 - punktprevalensmätning över utvalda indikatorer (basala hygienrutiner och klädregler) två gånger under året
- ✓ Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser
- ✓ Registrera i nationella kvalitetsregister, som till exempel Svenska palliativt register, Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och Senior alert
- ✓ Upprätthålla och utveckla kompetens hos legitimerad personal genom:
 - Deltagande vid nätverksträffar för dokumentationshandledare
 - Aktivt deltagande vid enhetens interna dokumentationsutbildningar
- ✓ Upprätthålla och utveckla kompetens hos all personal utifrån kompetensutvecklingsplan

- ✓ Bibehålla god samverkan med de samarbetspartner som regionen har avtal med (Se avsnitt – Samverkan för att förebygga vårdskador)

Organisation och ansvar

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

Nämndens ansvar

Till stadsdelsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende. Nämnden fastställer övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har ett helhetsansvar för verksamheten, följer regelbundet upp kvalitetsarbetet inom verksamheten, och är ett stöd till biträdande enhetschef i kvalitetsarbetet, dvs att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Utifrån uppdraget bedriver verksamheten en god säker vård och omsorg med hög kvalitet för att höja patientsäkerheten långsiktigt och hållbart.

Biträdande enhetschef

Ansvarar på uppdrag av verksamhetschef för att rutiner och riktlinjer som styr Hälso- och sjukvårds insatser är kända på enheten samt att personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten för att kunna utföra uppdragen och uppnå målen.

Legitimerad personal

Är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma och anpassa vården så långt som möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt att föra patientjournal i enlighet med patientsäkerhetslagen.

De har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera in risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Här ingår även systematiska egenkontroller.

Handledning och vägledning av omvårdnadspersonal ingår i deras uppdrag.

Omvårdnadspersonal

Med omvårdnadspersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och de utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt delegering. De har därmed också en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera in risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Verksamheten har en biträdande enhetschef som har det ansvaret via delegering av verksamhetschef att erbjuda och bedriva Hälso-och sjukvårds insatser med god kvalitet, enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdsgruppen består av legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietist. Kvalitetsarbetet gällande egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer strukturerades efter årshjul framtagna för respektive professionsområde.

Verksamhetens Patientsäkerhetsarbete har bedrivits i samverkan med utvecklingsenheten på stadsdelsförvaltningen och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), läkare insatser enligt avtal och regionens stöd enligt avtal.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

- ✓ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn
- ✓ Samverkan med utvecklingsenheten inom stadsdelsförvaltningen
- ✓ Samverkan med Kvalitetsobservatör inom Äldreförvaltningen Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor
- ✓ Samverkan med Vårdhygien inom Stockholm Region som regelbundet gör inspektioner enligt avtal av Hygiensjuksköterska/smittskydds beträffande Patientsäkerhet
- ✓ Samverkan med läkarorganisation enligt avtal, denna stödfunktion har bidragit för god patientsäkerhet
- ✓ Patientnämnden som är fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet. Varje kommun är ansluten till en patientnämnd, Patientnämnden stödjer enskilda individer och guidar vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och ansvarig för rehabilitering

Samverkan med kommunens Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) inom verksamhetsområdet.

MAS och MAR har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att samverka, upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS utreder händelser i verksamheten och att på delegation från nämnden göra anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Detsamma gäller att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och Region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Vid samverkan med våra samarbetspartners diskuteras eventuella brister, avvikelser och förslag för att förbättra rutiner, statistik, nya vårdprogram och nyheter bland annat.

Samverkan sker i två olika former:

1- Samverkan med de externa aktörerna

Samverkan med läkarorganisationen

På samverkansmötet närvarar enhetschef, biträdande enhetschef för HSL, HSL samordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, MAS och MAR. På dessa möten sker uppföljning och utvärdering av den gemensamma överenskommelsen. Här sker även genomgång av avvikelser och eventuella förändringsarbete för framtida utveckling.

Samverkan med beställarenheten

Boendet har regelbundet samverkansmöten med beställarenheten. Vi skapat goda förutsättningar för en dialog gällande brister som har uppkommit i samband med inflyttning, utflyttning eller uppföljningar av korttidspatienter. Här skapar vi även rutiner för att förbättra och utveckla. Vår främsta uppgift att ta på våra kunskaper från erfarenhetsbyte och lärandet i detta möte.

Medicinskt tekniska produkter (MTP)

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel så att endast hela och säkra produkter används.

Samverkan med region gällande kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel avsett att användas vid akuta behov som till exempel vid antibiotikabehandling eller vid vård i livets slutskede.

Samverkan med Apoteket AB gällande god läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyget (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjar vi en säkrare läkemedelsbehandling.

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten sker med Apoteket AB som genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar. Resultatet av inspektionen återkopplas via protokoll, detta är grunden för att förbättra och öka patientsäkerheten i vår verksamhet.

Samverkan med Vårdhygien

Vårdhygien genomför hygienronder inom verksamheten enligt avtalad tid, här deltar även MAS. Vårdhygien erbjuder och anordnar utbildningar till oss för alla yrkesprofessioner.

Samverkansmöte sker två gånger om året med stadens medicinskt ansvariga.

Vårdhygien samverkar även i specifika ärenden som smittspridning och hantering av multiresistenta bakterier, som sakkunnig, vägledning och stöd. De kan även anordna specifika utbildningsinsatser och föreläsningar.

Samverkan med Tandvård

Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident gör regelbundna munhälsobedömningar för patienterna. Tandläkare och tandhygienist gör även nödvändiga insatser som behövs för att främja en god munhälsa.

Tandläkarorganisationen Flexident erbjuder och anordnar även utbildningsinsatser till all personal, här sker även vägledning och stöd till personalen.

Samverkansmöten med kommunernas kontaktperson (MAS) gällande tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året.

Samverkan med Fotsjukvård

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

Samverkan med Dietist och dokumentationsstödjare

Samverkan sker löpande inom hälso- och sjukvårdens stadsdel med dietist och dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Samverkan sker via fysiska möten och även per telefon/mejl när behov uppstår.

2- Samverkan i den egna verksamheten

Ledningsgruppen träffas varje vecka, där aktuella ärenden i verksamheten diskuteras och beslut fattas. Vid behov av fördelning av resurser relaterat till patientsäkerhet samverkar ledningsgruppen och tar gemensamma beslut.

Daglig kontakt sker mellan omvårdnadsansvarig sjuksköterska så kallad OAS (legitimerad sjuksköterska med ansvar för bedömning, planering, genomförande) och omvårdnadspersonal så kallad OVP (här inkluderas undersköterskor och vårdbiträden) både via dokumentationssystem och muntligen. Kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer ses över på daglig basis. Samverkan mellan Patientansvarig läkare så kallad PAL och OAS sker under inplanerad rond, en dag per vecka med möjlighet till kontakt på andra tider om behovet finns.

Veckobrev skickas ut till personal med information gällande nya riktlinjer och arbetssätt med ändamålet att höja kvalitet och patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdsmöten för all legitimerad personal, detta är forum för information och erfarenhetsutbyte för yrkesspecifika frågor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering är närvarande.

Kvalitetsrådsmötet sker enligt årshjul, här deltar representanter för olika yrkesprofessioner från verksamheten och där finns goda förutsättningar att diskutera inträffade händelser/incidenter och analysera situationer. Det bidrar till att minimera riskerna eller förhindra att det inträffar igen. På enhetsnivå sker återkoppling av händelser och incidenter till samtlig personal vid enhetens olika möten och vid rapporter. Övergripande information kan även mailas ut till samtliga.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten följer Stockholms stads IT- policy och en informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhetsklassning med stöd av KLASSA, metod för informationsklassning, har genomförts under året. En del digitala verktyg som har anknytning till patientsäkerheten har ingått i informationssäkerhetsklassningen. Verksamhetssystemet för dokumentation är det digitala verktyget som har krävt högst säkerhet.

Handlingsplan är framtagen för att uppfylla kraven utifrån patientdatalagen, GDPR (General Data Protection Regulation), NIS (The Directive on security of network and information systems) och ISO (International Organization for Standardization). I handlingsplanen finns åtgärder som har en prioriteringsordning och som har hanteras under året

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ finns tillgänglig för legitimerad personal utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Verksamhetschef ansvarar för att, efter bedömning, tilldela behörigheter till system med vårdinformation. I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst.

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformationen, görs regelbundet loggkontroller av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal/användare i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ. Sammanställningen av loggkontrollen i Vodok som utfördes inom verksamheten visade att hittills har inga avvikelser förekommit.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Denna del berörs inte inom vår verksamhet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Verksamhetschef ansvarar centralt för inkomna rapporter gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. Underlaget sammanställs och analyseras tertialvis och presenteras vidare till ledningsgruppen för att se trender som indikerar kvalitetsbrister.



Verksamhetschef/biträdande enhetschef ansvarar för att händelser hanteras, utreds och leder till åtgärder som minskar risken för att det sker igen, här återkopplas resultatet till medarbetarna.

I ledningssystemet skapas goda förutsättningar för uppdateringar av de lokala rutinerna, tydliga rutiner och system för hantering av avvikelser och riskobservationer som också omfattar korrigerande och förebyggande åtgärder, återkoppling och erfarenhetsåterföring. En grundläggande förutsättning för säker vård är att verksamheten genomsyras av en god säkerhetskultur.

Verksamhetens säkerhetskultur bygger på en öppen dialog, erfarenhetsutbyte både från medarbetare, patienter och närstående, där värdefull information tas tillvara och används som underlag för lärande, utveckling och förbättringar. Detta kan minska risken för återkommande negativa händelser och tillbud samt omständigheter som påverkar patientsäkerheten.

Här har vi exempel på aktiviteter som genomförs kontinuerligt inom verksamheten: Brevlåda finns där patienter anonymt kan skriva sina åsikter. Verksamheten har också möjliggjort för patienter och närstående att framföra sina synpunkter via vår hemsida. Vi träffar patienter och närstående i olika forum med syfte att samla förbättringsförslag till verksamheten. Vi har även skickat brev till patienter/anhöriga och välkomnat alla förbättringsförslag.

Vi rapporterar alltid risker och tillbud gällande informationssäkerhet, arbetsmiljö, patientsäkerhet mm. Vi sammanställer en slutrapport, identifierar bakomliggande orsaker, kartlägger och beskriver den process som ska analyseras och föreslår åtgärder.

En god säkerhetskultur innebär att alla medarbetare inom hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Detta innebär också att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. En god säkerhetskultur innebär att erfarenheter från både medarbetare, patienter och närstående tas tillvara och används som underlag för lärande, utveckling och förbättringar. Detta kan minska risken för att negativa händelser och tillbud återkommer och att vårdskador uppstår.

I verksamheten skapas tid för dialog, lärande och reflektion i befintliga mötesstrukturer såsom professionsmöten och arbetsplatsträffar där en öppen kommunikation är målet. I genomförd analys identifierades behov av att arbeta med och implementera begreppet säkerhetskultur. Att införa ett mer strukturerat och aktivt arbete med en god säkerhetskultur såsom "reflektionsforum" för att förtydliga återkoppling, lärande och dialog kring risker. Även att titta på vilka verktyg och metoder som kan införas för att

följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen såsom "Säkerhetskulturtrappan från A till E" samt "Hållbart Säkerhets Engagemang, HSE". En planerad åtgärd i verksamheten är att genom lagutveckling stärka arbetsmiljön och därigenom även skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. I samarbete med MAS har samtal skett med chefer och legitimerad personal i syfte att belysa avvikelseprocessen och för att få en samsyn på avvikelser som en källa till förbättringsarbete.

Målet för boendet är att arbetet med säkerhetskultur är långsiktigt, uthålligt och prioriteras i högsta grad av ledningen.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Verksamheten arbetar med kompetensförsörjning för att kunna möta upp framtidens behov med rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta innefattar såväl rekrytering, som att utveckla och behålla befintliga medarbetare.

Vi har en hållbar bemanningsprocess, och har kunnat hålla en mycket låg personalomsättning. Vi vill vara en attraktiv arbetsgivare, och att skapa en god, mänsklig och individanpassad arbetsplats har varit en viktig utmaning för oss.

Verksamheten är präglad av en mångfald medarbetare, och vår styrka ligger i att vi är en starkt sammanhållen grupp, som mobiliserar sig mot samma mål och drar i samma riktning.

Att implementera "heltid som norm" har skapat utrymme för en utveckling som präglas av både samverkan och samsyn.

Kompetensutveckling sker på enskild, individuell, nivå och på gruppnivå, och givetvis påverkas vi också av omvärlden, då något nytt ska införas i verksamheten.

Kompetensförsörjningsplanen utvecklas enligt "årskalendern" ("*årshjul*") och omfattar all personal inom verksamheten, d.v.s. omvårdnadspersonal, legitimerad personal och personal i olika ledningsfunktioner.

Stimulansmedel har haft stor betydelse för finansiering av utförda utbildningar. Här är vi också redovisningsskyldiga av de utförda timmarna.

Äldreomsorgslyftet har också bidragit till att många medarbetare har börjat studera och utbilda sig till undersköterska och olika spetskompetenser.

Bemanning och schemaläggning sker via datoriserade schemasystem och sakkunniga, som planerar schemaläggningen samt säkerställer att kompetensen är jämnt fördelad

och finns tillgänglig inom verksamheten.

Verksamheten har även nyttjat möjligheterna till extra personalresurser som är schemalagda, denna bemanningsstruktur och funktion används vid hög arbetsbelastning eller vid en specifik oförutsedd situation såsom krishantering. Detta ger mer utrymme för avlastning vid ökad vårdtyngd samt ökar tillsynen under en viss period vilket stabiliserar kontinuiteten i vardagen.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående om patientens upplevelse av omhändertagandet, har varit en viktig faktor som har givit oss mycket värdefull information och hjälpt oss i vårt fortlöpande arbete.

Vid ankomst av varje nyinflyttad patient samlas samtycke och övriga kontaktuppgifter in. Detta dokumenteras rutinmässigt i patientens journal och här framgår också tydligt patientens egen delaktighet i den egna vården.

Patienterna uppmuntras att kontakta sjuksköterska eller chefer ifall de har synpunkter på sin vård.

När en boende flyttar in får hen en "Välkomstmapp" med information om boendet och direkta kontaktuppgifter till verksamheten, biträdande enhetschef och enhetschef.

Verksamheten har även infört att respektive chef personligen möter upp när en boende flyttar in.

Då sker en informationsöverföring med patient och anhöriga, där kontaktuppgifter lämnas till alla ansvariga och berörda chefer. Detta görs för att förkorta kommunikationskedjan, skynda på informationsutbytet och för att underlätta för såväl boende som anhöriga att omedelbart rapportera in klagomål, synpunkter, önskemål och avvikelser.

Vi anser att den rakare kontakten utgör en viktig källa till förbättring av vår verksamhet i vardagen. Synpunkter och klagomål kan givetvis också framföras via olika andra kanaler och kan förstås göras anonymt, om personen så önskar.

Också anhöriga uppmuntras att vara delaktiga i den vård deras närstående får. De anhöriga ges uppgifter för att kunna ringa eller maila "rätt person" utan mellanhänder eller annat administrativa omvägar, som lätt uppfattas som "onödigt krångel".

Verksamheten lämnar återkommande ut förfrågan till boende och/eller anhöriga, för att kunna fånga upp och samla in idéer och förslag till vårt ständigt pågående förbättringsarbete.

Verksamheten har "anhörigombud", och vi bjuder in alla anhöriga, minst två gånger om året, för att hålla en gemensam och öppen dialog. Dessa tillfällen har ofta visat sig vara mycket utvecklande.

Den årliga brukarundersökningen och den individuella uppföljningen har också haft stort betydelse och inverkan på vår verksamhets utveckling för att nå målet rörande patientsäkerhet.

Verksamheten har också skapat goda förutsättningar för kontinuitet av personal då genomförandeplaner ska uppdateras. Vid dessa tillfällen bjuds boende/anhörig in, för att medverka vid utformningen av den vård som avses.

Verksamheten bjuder enligt rutin in patient och anhöriga till vårdplanering.

Här finns det möjlighet att diskutera hur vården ska utföras och säkerhetsanpassas utifrån den enskildes behov.

Härefter följer regelbundna kvalitetsuppföljningar där beställarenheten har en aktiv del, samtidigt som tillfället utgör ytterligare en möjlighet för den boende att medverka i och att påverka vården.

Också läkarronden tryggar möjligheterna till att boendes och anhörigas delaktighet och inflytande ökas i vården.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Ledningen stödjer hantering och befintlig kompetens där detta är görligt, eller nödvändigt, som en direkt följd av utredningens omfattning eller karaktär. Vid planerade regelbundna möten återrapporteras alla avvikelser, och allt dokumenteras i händelsehanteringssystemet. Identifiering, utredning och evaluering av vårdskador har också ökat kunskapen om vad som drabbar patienterna, när resultatet av vården inte blivit det avsedda, eller förväntade.

Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna har även gett verksamheten underlag för både utformning av åtgärder och för prioritering av insatser.

Egenkontroller för ökad patientsäkerhet genomförs genom granskningar, internutredningar, analyser och uppföljning av framtagna handlingsplaner. Resultaten ligger sedan till grund för vårt ständigt pågående förbättringsarbete inom verksamheten. De tre förbättringsarbeten som legat i fokus har varit läkemedelshantering, nattfasta och fallprevention.

Läkemedelshantering

Resultat av egenkontrollen gällande missade signaturer av läkemedel som administrerades av delegerad personal, visar att antalet har minskat och detta är en positiv trend jämfört med år 2021. Bilaga 1.

Trots den positiva trenden förekommer det fortfarande ofullständiga signeringslistor där missade signaturer tolkas som ej given dos.

Det finns fortfarande utrymme för förbättringsarbete och kvalitetsutveckling av läkemedelsadministreringen för att uppnå en god kvalitet i läkemedelshantering för patientsäkerheten.

Förbättringsförslag

- ✓ Öka förståelsen hos läkemedelsdelegerad personal att de själva bär ansvaret för att utföra mottagna arbetsuppgifter vid administrering av läkemedel
- ✓ Tydliggöra för omvårdnadspersonal vikten av att våra boende får rätt läkemedel vid rätt tid enligt ordination
- ✓ Ansvarig sjuksköterska utformar en kom-ihåg lista för medicingivning
- ✓ Införa avstämningsmöten på varje avdelning innan avslutat arbetspass för att säkerhetsställa att läkemedel är givna
- ✓ Tätare egenkontroll av signeringslistor utförs av sjuksköterska
- ✓ Följa upp att avvikelser skrivs och registreras i avvikelsemodulen

Avvikelse tas upp med berörd personal och utbildning i läkemedelshantering och administrering sker regelbundet. Sjuksköterska påminner personal vid rapporttillfällena. På kvalitetsråden redogörs avvikelser, en analys av bakomliggande orsaker och en diskussion kring åtgärder genomförs. Erfarenhetsutbyte och lärdomar är viktiga för att utveckla kvalitetsarbetet i läkemedelshantering.

Vid utdelning av dosetter veckovis samt dospåsar varannan vecka ska sjuksköterskorna kontrollera signeringslistorna.

Det finns ett behov av att regelbundet informera timanställda gällande läkemedelshantering för att öka patientsäkerheten, framförallt vid överrapportering inför varje arbetspass.

Verksamheten fortsätter med egenkontroller av signaturlistor på läkemedel varje månad under 2023 och uppmuntrar personalen att påminna varandra.

Nattfasta

I enlighet med Stockholms stads nya mat-och måltidspolicy (2022) har nattfastan registrerats vid två tillfällen detta år. Det användes en annan blankett än tidigare som nu mäter den faktiska nattfastan vilket betyder den mat/dryck som den boende faktiskt har fått i sig.

Resultatet på nattfastemätningen för hela Koppargården visar en positiv trend men resultatet skiljer sig mellan de olika våningsplanen och det beror delvis på bristfälligt ifyllda blanketter.

Antal patienter som har en nattfasta på över 11 timmar i genomsnitt på tre dagar har på några våningsplan ökat eller minskat.

Framgångsfaktorer för väl ifyllda blanketter har varit att medarbetare fått tydlig information och blivit påmind vid rapporter. Vid skifte av arbetspass har blanketten kontrollerats.

Vem/vilka som gör detta är olika på avdelningarna och beslutas lokalt.

Verksamheten har bjudit in dietisten för att ha utbildning för SoL-personalen inför nattfastemätningarna där vikten av följsamhet i hur personal fyller i blanketterna har getts. Personalen informerades även om utbudet av måltider under olika tidpunkter.

Verksamheten har senare lagt middagen som en åtgärd för att glesa ut måltiderna i syfte att öka aptiten hos de boende och detta kan ha bidragit i den positiva trenden.

Fall och fallprevention

Målet för fallprojektet på Koppargården (ett våningsplan) har varit att minska eller förebygga förekomsten av fall och öka säkerheten för våra patienter. Detta är en del i det systematiska kvalitetsarbete som har bedrivits i verksamheten.

Syftet med fallprojektet har varit att öka kunskapen om bakomliggande orsaker för fall och fallskador genom ett strukturerat och metodiskt arbetssätt.

Fallprojektprocessen har gett en mycket klar minskning av fallavvikelser på det våningsplan som var pilot.

Implementering: Fallprojektet har ökat ambitionen hos samtlig personal som arbetade fallförebyggande enligt processen för att säkerställa ett systematiskt och kvalitativt arbete med fall på berört våningsplan.

Verksamheten har även sett en ökad ambitionsnivå hos personalen att med hög medvetenhet iaktta, observera kända och potentiella risker och försöka ligga steget före ett fall inträffar.

Egenkontroller

Egenkontrollerna utgör ett relevant och användbart verktyg, varigenom verksamheten har kunnat identifiera flera förbättringsområden. Här ökas även insynen i verksamheten i kvalitetshöjande syfte.

Resultaten från egenkontrollerna följs regelbundet upp vid kvalitetsråd och övriga planerade möten enligt årshjul.

Under 2022 har verksamheten arbetat med förbättring av utformningen av egna mallar, i syfte

att förbättra resultatanalyserna och kunna höja vår egen kvalitet genom egenkontrollerna.

Egenkontrollerna utförs av ansvariga sjuksköterskor och samordnare i hälso- och sjukvårdsgruppen. Resultatet redovisas och återkopplas till berörda genom regelbundna avtalade möten.

Verksamheten har uppnått målet med antalet utförda egenkontroller jämfört med tidigare, men vi är medvetna om att det finns förbättringsområden i nuvarande resultat.

Tabellen nedan visar utförda egenkontroller inom verksamheten

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	2 gånger/år	Egen rutin
Hälsoplaner	2 gånger/år	Egen rutin
Uteblivna signaturer/ej givna läkemedel av omvårdnadspersonal Samt sjuksköterskor.	1 gång/månad	Egen rutin

Narkotikaklassade läkemedel med Inrapporterade avvikelser.	1 gång/månad	Egen rutin
Medicintekniska produkter (MTP).	2 gånger/år	Egen rutin
Infektionsregistrering	1 gång/månad	Infektionsregistrering verksamhetens eget underlag
Kvalitetsindikatorer	1 gång/månad	Kvalitetsindikatorer verksamhetens eget underlag
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/månad	PPM mätning och underlag framtaget av Vårdhygien
Loggkontroll, Vodok och NPÖ	1 gång per år Vodok	I NPÖ en gång/år fr o m 2023
Avvikelser	1 gång/månad	Vodok - Kvalitetsråd
Trycksår/Norton	2 gånger/år samt vid behov	Vodok
Munhälsa/ROAG	2 gånger/år samt vid behov	Vodok
Fall/Downton	1 gång/år samt vid behov	Vodok
Nutrition/MNA	2 gånger/år samt vid behov	Vodok
Nattfasta	2 gånger/år mars och oktober	Dokument framtaget av dietist
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt (fortlöpande)	Klagomål som inkommer, utreds/avslutas inom 14 dagar
Läkemedelshantering och signeringslistor	1gång /månad	Verksamhetens eget underlag
Narkotisk klassat läkemedel	1 gång/månad	Verksamhetens eget underlag

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.



Det finns en tydlig ansvarsfördelning avseende bearbetning av inrapporterade händelser, oavsett graden av allvar i det inträffade.

Verksamhetschefen ansvarar för att utreda händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada i verksamheten.

Ändamålet med utredningar är att så långt som möjligt kunna klargöra händelseförloppet och analysera faktorer som har bidragit till att leda fram till det inträffade och därigenom söka underlag för beslut om åtgärder.

De åtgärderna som vidtas ska ha till ändamål att förhindra en upprepning av det inträffade, eller andra händelser av liknande art, där sådana risker blottläggs av utredningen. Om händelser av det aktuella slaget inte helt går att förhindra, förskjuts målet till att istället söka vägar att minska riskerna för – och konsekvenserna vid – framtida upprepning.

I verksamhetens utarbetade rutiner rörande utredningar ingår att en utredning skall vara klar och färdig att redovisas internt inom en vecka och därefter överlämnas till MAS/MAR eller utvecklingsenheten inom stadsdelsförvaltningen. Beslut om eventuell fördjupad utredning sker via MAS/MAR/utvecklingsenheten.

En fullständig dokumentation följer alltid hela processen, den startas när en utredning inleds och pågår fram tills dess den avslutas. Detta presenteras och återkopplas till alla berörda inom enheten, vid avtalade möten. De händelser som identifieras som avvikelser är händelser som skulle kunnat ge vårdskador.

De identifierade riskområdena är munhälsa, trycksår, undernäring, läkemedelshantering, skada efter fall, hantering av hjälpmedel, bristande dokumentation, brister i förebyggande arbete och vårdrelaterade infektioner.

Vi vet av erfarenhet att skador inte helt går att undvika i vår verksamhet. Men genom en allt mognare säkerhetskultur, en god kommunikation och ett gott samarbete mellan våra olika yrkesprofessioner tillsammans med säkrare arbetsätt, ett kontinuerligt och ökat lärande om riskerna för vårdskador, samt en god förståelse för själva arbetet med analysen, kan patientsäkerheten stärkas hos oss.

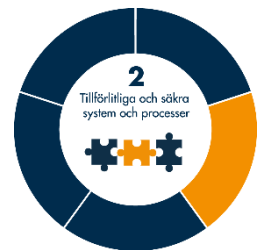
Vi behöver också öka kunskapen om kopplingen mellan risker för vårdskador och faktiska skador, samt ha väl fungerande och kända rutiner och handlingsplaner om en patient drabbas hos oss.

Vilka typer av vårdskador som kan drabba patienterna hos oss vet vi redan, tack vare bland annat: avvikelshantering, utredning av inträffade händelser, resultat från journalgranskningen och IVO-anmälningar. Men med goda kunskaper, uppmärksamhet och en hög förståelse för mekaniken bakom *hur* skador uppstår - och hur de *kan* uppstå - kan vi dessutom hysa hopp om att fånga upp sådant som ännu inte har hunnit drabba våra boende.

Gällande den här punkten har verksamheten gjort en sammanställning i tabellform, därmed hänvisar vi till bifogad bilaga.

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.



Genom att regelbundna egenkontroller av basala hygienrutiner och skyddsutrustning har genomförts inom våra verksamheter, har vi kunnat arbeta med analys, handlingsplaner, förbättringar och uppföljning.

Följandet av de basala hygienrutiner vi infört som obligatorium, har generellt varit god. Självskattning av följsamheten stämmer emellertid inte alltid överens med observationer i verksamheterna. Detta påvisar behov av ett fortsatt förbättringsarbete. Resultatet av egenkontrollerna utgör alltid ett underlag för åtgärdsplan.

Nyanställda får introduktionsutbildning i våra basala hygienrutiner innan de går ut i vård- och omsorgsarbete. Våra hygienombud träffas också regelbundet för erfarenhetsutbyte rörande efterlevnaden av hygienreglerna.

Personalen genomgår en digital utbildning gällande hygienrutiner med kursbevis, som har anordnats och rekommenderats av Regionen.

Enheten har haft hygienrund under november, enligt avtal med regionen. Resultatet av rondens har presenterats och en åtgärdsplan har införts till följd av denna.

Läkemedelsavvikelse har varit den vanligast förekommande avvikelsen i vår vardag. Det finns olika orsaker till detta, och den vanligaste kända orsaken är "handhavande fel", d.v.s. medarbetare glömmar att ge läkemedlet, eller glömmar att signera det administrerade läkemedlet, trots att det finns en tydlig rutinbeskrivning för denna hantering. Hänvisar till tidigare beskrivning under avsnitt- AGERA FÖR SÄKER VÅRD.

För att höja säkerheten och spårbarheten gällande hantering av patienters läkemedel, har verksamheten infört läkemedelsskåp med en digital funktion, som hanteras via mobiltelefon. Det innebär att enbart medarbetare som har behörighet att logga in, också kan administrera boendes läkemedel, medan inga andra kan komma i fråga.

För att kunna få medicinsk delegering krävs att medarbetaren har genomgått en utbildning och fått ett kursintyg med godkänt resultat. Detta är en förutsättning för att kunna delegeras.

Delegeringen förnyas årligen och upphör, om inte förr, då anställning upphör

Verksamheten satsar på att närmaste chefen i större utsträckning ansvarar för:

- täta samarbeten och kommunikationer med omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- stöd och vägledning vid introduktioner till nyanställda
- uppföljningar och återkopplingar vid inrapporterade läkemedelsrelaterade avvikelser

För att säkerställa hanteringen av läkemedel behövs en generell förstärkning av kontrollen vid signering av läkemedel, vilket vi bedömer smidigast uppnås genom införande av de redan nämnda digitala rutinerna. Detta är enligt vår bedömning en passande ambitionsnivå för oss, i etableringen av en optimal åtgärd för att minska antalet avvikelser.

Gällande suicidriskbedömningar har vi utarbetat en väl fungerande rutin, samt en checklista som används redan innan patienten flyttar in till boendet.

Verksamheten har upplevt god effekt av införandet att detta väl etablerade arbetssätt.

Genom läkemedelsgenomgångar hos våra boende har vi också funnit ett utmärkt sätt att synliggöra detta med ett gott resultat som effekt.

Denna regelbundet återkommande avstämning av aktuell läkemedelslista med ansvarig läkare, sker planenligt, och här ingår även förbrukningen av antibiotikapreparat.

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.



Riskhantering

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

Vi har olika infallsvinklar, erfarenheter och kompetensområden som vi bedömer är värdefulla när risker ska identifieras och analyseras och en riskanalys visar hur verksamheten ökar patientsäkerhet.

Vi gör riskanalys som behöver täcka in hela verksamheten, riskerna kan uppstå på grund av interna förändringar och externa förändringar. Detta genomförs alltid före förändringar inom vår verksamhet, eller före det att nya arbetssätt eller metoder börjas tillämpas.

Riskbedömningar kan ske även på andra nivåer och områden och i olika sammanhang i verksamheten. Det kan vara brister i vår organisation, bemanningssituation, rekrytering av rätt kompetens av legitimerade personal, brist på kompetens, it-försörjning, tekniska produkter och utrustningar, upphandling och tillförsörjning av leveranser och varor/produkter.

Tidigare händelseanalyser med identifiering av bakomliggande orsaker har också kunnat ingå i verksamhetens riskanalys eftersom de inträffade händelserna har haft negativ påverkan/konsekvenser.

Att analysera risker har varit ett sätt att kunna arbeta proaktivt och för att förebygga vårdskador inom vår verksamhet.

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.



Avvikelser

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

Verksamheten är väldigt tydlig med att enskilda medarbetare har eget ansvar att rapportera in inträffade avvikelser. Vi har en tydlig rutinbeskrivning för inrapportering och hantering av inkomna Hälso- och sjukvårdsavvikelser. Här ingår även läkemedels, fall och medicinskteknisk utrustning.

Legitimerad personal har tillgång och behörighet för avvikelshanteringen i avvikelsemodulen i journalsystemet.

Omvårdspersonal (SOL) rapporterar in avvikelser enligt blanketter (i pappersformat), sedan registreras detta av legitimerad personal i journalsystemet.

Det förekommer att vi får externa avvikelser från Regionen, vårdcentraler eller annan utförare. Detta sker i pappersformat eller via mail till oss.

Verksamheten har kvalitetsmöte (kvalitetsråd) en gång i månaden förutom under sommaren och ansvarigchef inom Hälso- och sjukvården ansvarar för detta möte, i kvalitetsmötet deltar även medarbetare från hela huset s. k. kvalitetsombud. Här redogörs avvikelser, samt sker en händelseanalys med identifiering av bakomliggande orsaker. Här bedömer vi också hanteringen och prioriterar alltid allvarlighetsgraden på avvikelserna i tidigt skede.

Ansvarigchef för Hälso- och sjukvårdsgruppen involverar/informerar alltid MAS/MAR och verksamhetschefen i ärendet.

På kvalitetsmöten utvärderas eventuella bakomliggande orsaker:

- ✓ Handhavande fel/brist
- ✓ Verksamhetens rutiner som brister
- ✓ Brister på it- säkerhet
- ✓ Brist på kommunikation/information mellan utförare och beställare enhet
- ✓ Brist på kommunikation/information mellan gruppen/professionen inom verksamheten
- ✓ Tekniska produkter? Rehabenheten kontaktas
- ✓ Extern utförare är inblandad/extern orsak
- ✓ Behov av att utreda ärendet ytterligare

Verksamhetschefen eller ansvarig biträdande enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppen och legitimerad personal har en öppen dialog med varandra gällande Hälso- och sjukvårds avvikelser, här tas beslut om:

- ✓ Vilken/vilka åtgärder som behöver vidtas
- ✓ Fortsatt arbete gällande förbättringar – ny rutin
- ✓ Återkoppling till de berörda, till exempel patienten, personal, regionen, anhöriga

- ✓ Utforma handlingsplan

Verksamhetschefen hanterar inkomna avvikelser, detta sker genom en intern utredning inom en vecka eller svar till externa rapportörer inom tio dagar.

Registrator vid stadsdelsförvaltningen diarieför svaret till externa enheter, t ex Regionen eller vårdcentraler osv.

Verksamhetschef eller ansvarig biträdande enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppen ansvarar för att klargöra utredningen gällande avvikelserna så snart åtgärderna är vidtagna. Det finns ett förbättringsområde gällande att avsluta avvikelserna i våra interna journalsystem.

Vi har en mycket god anda på vår verksamhet med en öppen dialog och många goda förslag på förbättringar inom de ramar vi har att verka, där kritik och avvikelser är till hjälp i förbättringsarbetet.

Många mindre och större idéer prövas fortlöpande under arbetsplatsträffar, allt i syfte att steg för steg hjälpa oss att bli ännu bättre i vårt dagliga arbete.

Följande anmälningar gjordes till IVO:

- ✓ Verksamheten hade en IVO anmälan gällande lex Sara under 2022 och IVO avslutade ärendena 2022.
- ✓ Verksamheten hade en IVO anmälan gällande lex Maria under 2021 och IVO avslutade ärendet 2022.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten ser klagomål och synpunkter som en möjlighet till en positiv förändring och förbättring.

- ✓ Om något fungerar dåligt – förändrar vi detta.
- ✓ Om något fungerar bra - gör vi mera av detta.

Det finns en tydlig ansvarsfördelning och rutin i vår verksamhet avseende bearbetning av inrapporterade klagomål och synpunkter.

Inkomna klagomål och synpunkter diskuteras och analyseras kontinuerligt och resultatet redovisas på arbetsplatsträffarna. Svårartade/komplicerade ärenden när personal är involverad, tas upp enskilt med berörd medarbetare och detta dokumenteras också.

Patienten/anhörig kommer alltid att erbjudas ett fysiskt möte med ansvarig chef och berörd personal.

Läran av detta sker genom fallbeskrivning inom verksamheten och genom erfarenhetsutbyte och en viktig fråga som ställs är: Vad ska vi göra mer av och vad ska vi göra mindre av?

Det finns en tydlig mall för patienter/anhörig/motparter som används inom stadsdelsförvaltningen för inrapportering av klagomål och synpunkter.

Verksamheten har även utarbetat en egen mall för att kunna sammanställa inkomna klagomål och synpunkter.

Inkomna klagomål och synpunkter klassificeras och sorteras enligt nedan tabell (se nedan), detta för att underlätta verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete.

Tabellen nedan visar 41 st. registrerade klagomål och synpunkter under 2022

Avdelning	Antal	Typ av synpunkt/klagomål
Våningsplan 1	0	-
Våningsplan 2	6	Verksamhet, bemötande, handläggning
Våningsplan 3	8	Verksamhet, bemötande, information, tillgänglighet, inflytande, övrig
Våningsplan 4	5	Verksamhet, handläggning
Våningsplan 5	6	Verksamhet, bemötande, information, tillgänglighet
Våningsplan 6	5	Verksamhet, bemötande, information, tillgänglighet, övrig
HSL gruppen	7	Verksamhet, bemötande, information, tillgänglighet
Externt	4	Verksamhet, bemötande, information

Nedan tabell visar hur verksamheten klassificerar begreppet för inkomna klagomål och synpunkter

Typ av synpunkt/klagomål	Definition/förtydligande av begreppet
1. Bemötande	Alla kontakter med brukare, kunder, medborgare
2. Tillgänglighet	Telefontider, nåbarhet, öppethållande, personal på plats, tillgängliga politiker
3. Information	Brister i, saknas, otydlig, försenad
4. Verksamhet	Rutiner, resurser, personal/kompetens , utebliven insats, innehåll i, försenad, önskemål om, felaktighet i, fastighet
5. Politiska beslut	Policy, resurser - budget
6. Inflytande	Brukarmedverkan
7. Handläggning	Rutiner, delaktighet/inflytande, punktlighet, handläggningstider
8. Övrigt	Sådant som inte passar i kategori 1-8
9. Annan huvudman	Tillhör inte stadsdelsnämndens ansvarsområde

Utredning och avslut

Verksamhetschefen och ansvarig biträdande enhetschef hanterar inkomna klagomål och synpunkter. Detta sker genom en intern utredning inom en vecka, eller svar/återkoppling till de berörda rapportörerna inom tio dagar.

Registrator vid stadsdelsförvaltningen diarieför svaret till externa enheter, till exempel Regionen eller vårdcentraler osv. Verksamhetschef och ansvarig biträdande enhetschef avslutar ärendet så fort åtgärderna är vidtagna.

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.



Verksamheterna kvalitetssäkrar vården genom arbetsstrukturer som samverkan, kompetensutveckling, egenkontroller, händelsehantering, riskanalyser, avvikelshantering och arbetet med nationellt kvalitetsregister.

Verksamheten har genomfört egenkontroller inom många områden bland annat inom läkemedelshantering. Förbättringsområden identifieras och förbättringsförslag arbetas fram, implementeras och följs upp och utvärderas.

Förbättringsåtgärder gällande systematiskt kvalitetsarbete har även bedrivits genom regelbundna kvalitetsråd, team-möten och genom att arbeta med förbättringsplaner. Dessa tydliggör kopplingen mellan underlag så som till exempel statistik från kvalitetsregister samt brukarenkäter för systematiskt förbättringsarbete och verksamhetens pågående förbättringsarbeten.

Verksamheten identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt och stärker sin beredskap genom träning, stimulering och kompetensutveckling.

Verksamheten analyserar och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön.

Verksamheten bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete samt beaktar långsiktiga konsekvenser för patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut och har en god framförhållning i sin kompetensförsörjning.

I verksamhetens strategier för patientsäkerhet ingår även samverkan med patienter och närstående som stödjer det lokala arbetet, här skapas även möjlighet för patienter och närstående att delta i utformningen av insatser som ska utföras. Detta ställer stora krav på kompetens, flexibelt utifrån individuella förhållanden samtidigt som vården ska bedrivas patientsäkert.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt.

Verksamheten arbetar förebyggande för att:

- ✓ minimera antalet allvarliga vårdskador
- ✓ förebygga fall och fallskador
- ✓ minimera risken för undernäring, trycksår, smittspridning, smärta, ångest och oro
- ✓ säkra en god munhälsa
- ✓ ökad följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer på respektive våningsplan
- ✓ minimera vårdrelaterade infektioner
- ✓ höja säkerheten kring läkemedelshantering och -användning
- ✓ höja kompetensen gällande suicidprevention
- ✓ öka patients inflyttande och delaktighet av utformning av vården

Uttalade målsättningar för 2023 är:

- ✓ Åtgärder för vidare arbete med BPSD-utbildning för fler sjuksköterskor och medarbetare per våningsplan
- ✓ Införa sjuksköterskekompetens för intaget av patienten, dvs intagningsjuksköterska
- ✓ Tydliggöra uppdelningen av händelseutredningen vid avvikelser i förhållande till nuvarande ledningsfunktion
- ✓ Förbättra kunskapen hos hela personalen gällande kost och måltidssituationen för boende
- ✓ Minska antalet avvikelser gällande utebliven läkemedel med 25 %, relativt föregående år
- ✓ Öka patientdelaktighet och en aktiv, meningsfull vardag
- ✓ Ökad följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer på respektive våningsplan
- ✓ Öka kunskapen och förbättra arbetet med palliativ vård
- ✓ Öka kunskapen inom inkontinens för omvårdnadspersonal.
- ✓ Öka kunskapen om hantering av hjälpmedel för omvårdnadspersonal.

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

Verksamhetens utmaningar inför 2023 kan vara:

- ✓ Varierande kompetensnivå hos omvårdnadspersonal
- ✓ Rekrytering av legitimerad personal till enheten när vi är konkurrensutsatta just nu
- ✓ Utbrott av ny epidemi
- ✓ En förändrad ekonomisk förutsättning

BILAGOR

1.

Tabellen nedan visar antalet registrerade BPSD under perioden 220101-221231

Avdelning	Antal registrerade	Antal aktiva
Våringsplan 2	18	2
Våringsplan 3	22	5
Våringsplan 4	25	0
Totalt	65	7

Patienter med demens sjukdom/kognitiv sjukdom är placerade på respektive våningsplan enligt ovan tabell.

Arbetet med observation av BPSD bygger på teamarbete men registreras av administratörer.

Skattningen görs förslagsvis i team. Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En hälsoplan utformas och när personal provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör personal en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning (skattningsskala Neuro Psychiatric Inventory).

Verksamheten är nöjd med utförda insatser gällande vidtagna vårdåtgärder och antalet registrerade i BPSD registret.

Tabellen nedan visar antalet fall under perioden 220101-221231

Avdelning	Antal fall	Antal fall som har lett till fraktur	Sjukhusvård (inskickade)	Riskbedömning gällande fall	Hälsoplan
Våringsplan 1	114	1	1	29	24
Våringsplan 2	73	1	1	31	19
Våringsplan 3	67	0	0	62	29
Våringsplan 4	132	3	3	29	29
Våringsplan 5	38	3	3	37	24

Våringsplan 6	62	0	0	29	29
Totalt	486	8	8	217	154

Tabellen nedan visar antalet fall under året 2021

Avdelning	Antal fall	Antal fall som har lett till fraktur
Våringsplan 1	48	0
Våringsplan 2	54	1
Våringsplan 3	59	0
Våringsplan 4	55	2
Våringsplan 5	39	0
Våringsplan 6	20	0
Totalt	275	3

Analysen gällande fall under 2022 visar att:

- ✓ Vi hade fler självgående patienter med sämre funktion i sitt hälsotillstånd
- ✓ Korttidsplatserna nyttjades optimalt, vilket innebar att boende med sämre funktion var överrepresenterade i antalet fall
- ✓ Många gånger var det en och samma patient som ramlade flera gånger
- ✓ Högre beläggning dvs fler patienter
- ✓ Verksamheten har varit noggrann och registrerat antalet fall, dvs minimerade mörkertal i redovisningen

Analysen gällande fall under 2021 visar att:

- ✓ Vi hade många sängliggande och isolerade patienter pga Corona
- ✓ Lägre bemanning pga intagnings stopp, dvs färre patienter
- ✓ Ett antagande av att det fanns ett mörkertal i redovisningen

Åtgärd

- ✓ Se över rutinerna
- ✓ Samordna fler utbildningstillfällen
- ✓ Erfarenhetsbyte under samordnade möten

Tabellen nedan visar antalet granskade dokumentation under 220101-221231. Totalt granskades/kontrollerades 148.

Antal	Ej kompletta	Kompletta
Planerings ansvariga sjuksköterska och undersköterska	12	136
Planerings ansvariga arbetsterapeut och sjukgymnast	29	119
Samtycke	0	148
ID-kontroll	0	148
Medicinska diagnoser	0	148
Personfaktorer, eget önskemål vid livet slut	92	56
Vårdkontakter	3	145
Pågåendevård, Läkarorganisation	2	146
Läkemedelansvar	2	146
Kommunikation	0	148
Mellanmänskliga relationer, familjen	29	119
Psykiska funktioner aptit, sömn, kognitiv, oro	2	146
Sinnesfunktioner, syn ,hörsel, smärta	4	144
Talfunktion tänder, tunga, läppar	9	139
Hjärta och kärlfunktion	1	10
Andning respiration		
Hudkostym	0	148
Produkt/teknik eget bruk	7	141
Produkt/teknik egen konsumtion	7	141
Service tjänster, färdtjänstkort, sjukresa kort	26	122

Sammanfattning gällande ovan tabell

Totalt 148 journalgranskningar utfördes vid olika tillfällen under hela året och granskningen inkluderade båda permanenta och korttids patienter.

Resultat och analys

I de flesta kontrollerade journaler fanns liknande brister till exempel att ansvarig sjukgymnast/arbetsterapeut eller ansvarig sjuksköterska inte har skrivit i fältet patientansvarig.

Under kontaktuppgifter nattetid var det många journaler som inte var ifyllda ifall man kan kontakta anhöriga nattetid. Det kan bero på att patienten inte har anhöriga att ringa till. Under fliken hjärta/kärl ska man endast använda en fras text men istället har man använt flera texter. På egen konsumtion/eget bruk har man missat att skriva en frastext till varje sökord.

Under personfaktorer eget önskemål vid livet slut saknas text i de flesta journaler.

Under tal funktion eller elimination har man missat att skriva någon text i några journaler och även under samtycke har man missat att välja fras text. Under sökordet hudkostym var det några journaler som man missat att skriva in något.

I många journaler fanns det gamla anteckningar som inte längre är aktuella men ändå inte var avslutade. Vid granskningen när samordnaren har tagit upp med berörda då fick vi i svar att de inte haft tillräckligt med information.

Åtgärd

Återkoppling och omedelbara åtgärder. HSL samordnare har vid varje journalgranskning tagit upp bristerna med ansvarig sjuksköterska på respektive avdelning och även bett om komplettering av bristande dokumentation.

Erfarenhetsbyte vid samordnade möten. I den sista journalgranskningen som HSL samordnare utförde i november kunde man se en stor förbättring kring dokumentation. De flesta fraser var ifyllda med rätt text. Emellertid fanns det fortfarande gamla journal anteckningar som ännu inte var avslutade.

Tabellen nedan visar antalet egenkontroller av hälsoplaner under 220101-221231. Totalt 148 journaler.

Bedömningsinstrument - /status	Utförd inom 14 dagar	Risk? JA	Hälsoplan Upprättad?	Utvärderingsdatum
Downton	130 av 148 gamla journaler	132/148	-1	x
Norton	110 av 148 journaler	55/148	-1	x
MNA	102 av 148	68/148	x	x
Roag	102 av 148	6/148	-3	-1

Resultat - Bedömningsinstrument/hälsoplan

Downton: 130 av 148 st. är utförda inom 14 dagar, risk finns hos 132. Hälsoplan är ej upprättad förutom på en pt. Utvärderingsdatum finns hos alla patienter.

Norton: 110/148 är utförda inom 14 dagar. Risk finns hos 55 pt . Hälsoplan finns för de som har risk enligt bedömningsinstrument. Hälsoplan fattas bara hos en pt, utvärderingsdatum finns .

MNA: 102 av 148 st. är utförda inom 14 dagar. Risk finns hos 68 pt . Hälsoplaner finns på de som har risk enligt bedömningsinstrument och utvärderingsdatum.

Roag: 102 av 148 st. är utförda inom 14 dagar. Risk finns bara hos 6 pt. Hälsoplaner finns på de som har risk enligt bedömningsinstrument förutom 3st. och utvärderingsdatum fattas hos en.

Analys

Verksamheten har uppnått målet med utförda egenkontroller av hälsoplaner och vidtagna vårdåtgärder.

Emellertid upplever vi att tidsbrist och prioriterat vardagsarbete har orsakat att den förväntade effekten som vi hade önskat och planerat för uteblivit.

Åtgärd

Återkoppling och omedelbara åtgärder. HSL samordnare har tagit upp bristerna med ansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeuter på respektive plan via checklistor och bett om komplettering av bristande dok.

Erfarenhetsbyte vid samordnade möten.

Tabellen nedan visar antalet avlidna patienter på permanenta boende platser under perioden 220101-221231

Avdelning	Antal avlidna på Koppargården	Antal avlidna på sjukhus	Antal Registrerade patienter i palliativa registret	Totalt antal avlidna
Våningsplan 1	2	4	2	6
Våningsplan 2	8	1	8	9
Våningsplan 3	3	1	2	4
Våningsplan 4	6	0	6	6
Våningsplan 5	7	3	7	10
Våningsplan 6	4	0	2	4

Totalt	30	9	27	39
---------------	----	---	----	----

Verksamhetens arbetssätt vid livets slutskede:

- ✓ När/om patientens tillstånd har försämrats betydligt och ej går att förändra, kopplas läkaren in som bedömer patienten och i samråd med ansvarig sjuksköterska övergår till palliativ vård
- ✓ Brytpunktsamtal bokas så att anhöriga, patienten samt ansvarig sjuksköterska får en gemensam information samtidigt som möjligheten finns att anhörig och patient kan ställa frågor och framföra sina önskemål
- ✓ Läkaren går igenom läkemedel, sätter ut mediciner och sätter in i palliativa mediciner, läkaren signerar Im-listan
- ✓ Sjuksköterska övergår till Palliativ omvårdnad i Vodok. Vårdplaner upprättas samt bedömningar/övervakning såsom smärta, oro, illamående, rosslighet, munhälsa och annat avvikande som kan uppstå följs upp
- ✓ Team möte hålls för informationsöverföring. Möte i teamet sker dagligen för de viktiga insatserna för god omvårdnad, signeringslistor sätts upp såsom vändschema, tillsynsschema mm
- ✓ Kontinuerlig kontakt och samtal sker med anhöriga
- ✓ Bedömning av patientens allmänna tillstånd enligt planering. Eventuella extra vak planeras utifrån patientens tillstånd
- ✓ Anhöriga informeras om patientens bortgång (om de inte är på plats) och har möjlighet att komma och ta farväl. Omvårdnadspersonal gör iordning den avlidna. Enligt rutin tas "ÄNGLALÅDAN" fram samt eventuella önskemål ordnas.
- ✓ Anhöriga erbjuds efterlevnads samtal

Verksamheten samordnar regelbundna möten för palliativa ombud under året enligt årshjulet. Vi anmäler även nya ombud till relevanta utbildningar.

Vi har även samordnat allmän utbildning gällande den palliativa vården för personal och detta kommer att upprepas årligen.

Tabellen nedan visar antalet registrerade Senior alert under perioden 220101-221231

Avdelning	Antal registrerade	Antal icke registrerade	Uppdaterade
Vårningsplan 1	29	0	29
Vårningsplan 2	21	0	20
Vårningsplan 3	30	0	30

Vårningsplan 4	30	0	30
Vårningsplan 5	23	3	20
Vårningsplan 6	21	0	19
Totalt	154	3	148

Sammanfattning gällande ovan tabell

Antal registrerade senior alert ligger väldigt nära vår målsättning. Personalen har kompetensen för att arbeta vårdpreventivt inom riskområdena tryck, fall, nutrition och munhälsa.

Vid genomförandet av registret arbetar vi utifrån tydliga roller och ansvarsområden.

Analys

Vi kan konstatera att patienternas hälsotillstånd är sämre jämfört med tidigare erfarenhet. Många patienter är också multisjuka och har därmed ett stort omvårdnadsbehov. Detta innebär att vidtagna åtgärder inte ger de önskade effekterna i vissa fall.

Tabellen nedan visar antalet registrerade trycksår under perioden 220101-221231

Avdelning	Antal Upptäckta trycksår på enheten	Antal patienter inkomna med trycksår	Antal svårläkta sår	Totalt trycksår
Vårningsplan 1	3	1	3	4
Vårningsplan 2	10	2	2	12
Vårningsplan 3	1	2	0	3
Vårningsplan 4	1	0	0	1
Vårningsplan 5	3	3	2	6
Vårningsplan 6	2	1	0	3
Totalt	20	9	7	29

Sammanfattning gällande ovan tabell

Under 2022 konstateras 20 nya fall av trycksår varav nio fall av trycksår konstaterades i samband inflytt dvs patienterna hade redan sår när de flyttade in.

Under 2021 konstateras 17 nya fall av trycksår, tyvärr har vi inga uppgifter gällande konstaterat fall av trycksår i samband med när patienterna flyttade in.

Omvårdnadsarbetet gällande åtgärder och förebyggande insatser inför läkningsprocessen av sår kräver alltid mer tid.

Tabellen nedan visar egenkontroll och antalet missade signaturer från sjuksköterskor under perioden 220101-221231

Avdelning	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Våringsplan 1	0	0	0	0	0	X	X	0	0	1	0	0	1
Våringsplan 2	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	0
Våringsplan 3	1	0	0	0	0	X	X	0	0	1	0	0	2
Våringsplan 4	0	1	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	1
Våringsplan 5	0	0	3	1	3	X	X	0	0	0	0	0	7
Våringsplan 6	5	0	1	3	1	X	X	1	2	0	1	0	14
Total	6	1	4	4	4	X	X	1	2	2	1	0	25

Tabellen nedan visar egenkontroll och antalet missade signaturer från omvårdnadspersonalen under perioden 220101-221231

Avdelning	jan	feb	mars	apr	Maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Våringsplan 1	47	19	14	30	103	X	24	77	26	23	22	3	388
Våringsplan 2	8	3	9	4	17	X	26	0	2	8	0	2	79
Våringsplan 3	7	18	17	13	37	X	30	10	20	17	20	7	196
Våringsplan 4	13	16	64	54	20	X	17	8	7	14	26	10	249
Våringsplan 5	36	60	36	25	53	X	80	30	42	31	80	44	517
Våringsplan 6	102	12	17	24	25	X	26	10	7	16	15	9	263
Total	213	128	157	150	255	X	203	135	104	109	163	75	1692

Sammanfattning gällande ovan tabeller

Tabellerna visar resultatet av egenkontroller gällande missade signaturer av läkemedel från sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Åtgärd

- ✓ Se över utbildnings insatserna
- ✓ Se över delegeringsförfarandet
- ✓ Se över introduktioner av ny personal
- ✓ Se över tider för ordinationer gällande läkemedel
- ✓ Erfarenhetsbyte vid samordnade möten i gruppen

Analys

- ✓ Redovisade egenkontroller påvisade en förväntad bild
- ✓ Det finns ett samband mellan frånvaro av ordinarie personal och när timvikarier är ersättare
- ✓ Handhavande fel hos personal
- ✓ Varierande nivå på kompetens hos personal

Vi uppskattar att verksamheten under året har distribuerat ca. 190 000 doser till patienterna.

1 692 av dessa saknar signatur.

Detta låga mörkertal (knappt 0,9 %) visar tydligt att våra vidtagna åtgärder från tidigare år har medfört en påtaglig förbättring.

Tabellen nedan visar egenkontroll av narkotika preparat som fattas under perioden 220101-221231

Avdelning	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Basförråd plan 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	-1
Basförråd plan 6	0	0	0	0	0	0	0	-4	0	0	0	0	-4
Våningsplan 1	0	0	0	0	0	0	0	-82	0	-1	0	0	-83
Våningsplan 2	0	0	0	-1	-3	-40ml	0	0	0	0	0	0	-4 och -40ml
Våningsplan 3	0	0	0	0	0	0	-4	0	-	0	0	0	-117
Våningsplan 4	0	0	0	-1	-2	0	0	0	0	0	0	0	-3
Våningsplan 5	0	0	0	0	-3	0	0	-3	0	0	0	0	-6
Våningsplan 6	0	0	0	0	-2	-1	-2	0	0	-2	0	0	-7

Sammanfattning gällande ovan tabell

Tabellen visar egenkontroll av narkotika preparat gällande husets basförråd samt egenkontroll av narkotika på respektive våningsplan.

Åtgärd

- ✓ Noggrannhet hos enskilde handhavande
- ✓ Se över egna rutiner för hantering av narkotika preparat
- ✓ Erfarenhetsbyte vid samordnade möten i gruppen

Analys

- ✓ Redovisade egenkontroller påvisade en förväntad bild trots de ansträngningar som görs fortlöpande
- ✓ Det finns ett samband mellan tidsbrist och noggrannhet vid kontroller av narkotika preparat
- ✓ Handhavande fel

Egenkontroll av basala hygienrutiner

Självskattning – Allmänna Hygienrutiner

Sammanfattning

Egenkontrollen har utförts dels genom självskattningsblanketter och dels genom observation och uppföljning av basala hygienrutiner – arbetskläder samt basala hygienrutiner allmänt. Egenkontrollerna har genomförts på varje våningsplan under mars till december, med undantag för juni och juli. Minst fyra medarbetare per månad och våningsplan har gjort en självskattning samt observerats. På korttids avdelningarna har antalet självskattningar varit högre från mellan 9-16 medarbetare på grund av att korttidsavdelningen har gjort en egen självskattning.

Vid flertal tillfällen var det någon avvikelse gällande långa naglar. I övrigt inga avvikelser gällande basala hygienrutinerna – arbetskläder. Inga avvikelser har observerats vad gäller användning av handskar vid smutsigt arbete eller vid risk för kontakt med kroppsvätskor. Likaså har det inte observerats någon avvikelse vad gäller munskydd eller visir.

Det har förekommit flera avvikelser av användningen av handsprit innan påtagning av handskar och omvårdnadsarbete på varje våningsplan under mars-augusti. Dock var det bara en enstaka avvikelse i oktober och november när det gäller alla våningsplan. Inga avvikelser har observerats av användning av handsprit efter handskar och omvårdnadsarbete.

I december var det en avvikelse gällande handskar vid omvårdnadsarbete där en medarbetare använt samma handskar vid alla vårdmoment.

Flera avvikelser har observerats när det gäller användning av förkläde vid hantering av livsmedel och i kök på alla våningsplan och då framförallt vid frukost. Detta var särskilt påtagligt under april, maj, augusti, september och december. Under lunchen såg det betydligt bättre ut.

I oktober och november har en tydlig förbättring skett med endast enstaka avvikelser. I december har fler avvikelser gällande förkläde vid frukost observerats igen.

I mars observerades tre avvikelser gällande användning av skyddsförkläde vid såromläggning och i september observerades tre avvikelser gällande användning av skyddsförkläde vid hantering av smutsvätt samt toalettbesök. I december observerades två medarbetare som glömde skyddsförkläde före omvårdnad. I övrigt inga avvikelser kring de andra månaderna.

Analys och åtgärder

De basala hygienrutinerna och användandet av arbetskläderna är mycket bra på alla våningsplan. Generellt sett är även de allmänna basala hygienrutinerna bra på alla våningsplan. Dock kan man se att användningen av handsprit innan påtagning av handskar samt innan omvårdnad varit bristfällig under året men blivit bättre i oktober och november. När det gäller användningen av förkläde vid hantering av livsmedel och i köket har det förekommit avvikelser under hela året och på alla våningsplan. Det gäller framförallt vid hantering av livsmedel och servering av frukost. Vid lunchen var det väldigt få avvikelser.

Tabellen nedan visar antalet registrerade Vårdrelaterade infektioner under perioden 220101-221231

Avdelning	ESBL	HIV	MRSA	Hepatit C
Våningsplan 1	0	0	0	2
Våningsplan 2	0	0	0	0
Våningsplan 3	0	0	0	0
Våningsplan 4	0	0	1	0
Våningsplan 5	1	0	0	0
Våningsplan 6	2	1	0	1

Tabellen nedan visar antalet registrerade Vårdrelaterade infektioner under 2021

Avdelning	ESBL	HIV	MRSA	Hepatit C
-----------	------	-----	------	-----------

Våningsplan 1	0	0	0	1
Våningsplan 2	2	0	0	0
Våningsplan 3	0	0	0	1
Våningsplan 4	0	0	1	0
Våningsplan 5	0	0	0	0
Våningsplan 6	0	0	0	0

Infektionsregistrering, antibiotikabehandlade infektioner

Sammanlagt 167 registrerade antibiotikabehandlade infektioner under året 2022 (år 2021 var antalet 181).

Analys

Resultatet av infektionsregistrering och antibiotikabehandlade infektioner 2022 visar en minskning från 187 till 167

Vi har uppmärksammat, dokumenterat, informerat och kommunicerat med varandra. Detta har lett till det här resultatet.

Orsaker

Vi har följt våra rutiner och uppföljningar av behandlingsinsatser och metoder.

2.

Sammanställning av genomförd egenkontroll av hjälpmedel , Rehab oktober 2022

Kontroll av alla medicintekniska hjälpmedel som används av boende på våningsplan 1 – 6 på Koppargårdens vård- och omsorgsboende. Det som kontrollerades var om hjälpmedlen var funktionsdugliga, rengjorda samt om det fanns tydliga märkningar på dem. Sjukgymnast och arbetsterapeut kontrollerade de hjälpmedel som ingår i

respektive profession såsom det är fördelat i ansvarsområde.

Tabellen nedan visar Sammanställningen av genomförda egenkontroller av hjälpmedel , Rehab gruppen under oktober 2022

Resultat	Antal
Lyftsele: Etikett går ej att läsa	12
Lyftsele: Utan inventarienummer	12
Lyftsele: Utan boendenamn/lgh nr	10
Lyftsele: Smutsig	3
Rollator: Utan inventarienummer	2
Rollator: Utan boendenamn/lgh nr	4
Rollator: Trasig, gick ej fälla ihop	2
Rollator: Smutsig	
Rollator: Dåliga bromsar	3
Rollator: Gick ej att kontrollera	2
Etac Cross rullstol: Felvända armstöd	1
Etac Cross rullstol: Smutsig	9
Etac Cross rullstol: Trasig broms, rött handtag saknas	2
Etac Cross rullstol: Sittdyna behöver bytas	3
HD-rullstol: Saknar gummiplopp till tippskydd	1
Sara Stedy: Smutsig	2
Positioneringskudde: Smutsig	6
Draglakan: Två på varandra	1
Rohodyna: Behöver fyllas på luft	3
Säng: Trasig	1
Säng: Löst uppresningsstöd	1
Säng: Svart "plupp" saknas på grind	1
Säng: Smutsig	2
Grindskydd: Glidit ner	8
Grindskydd: Smutsigt	1
Duschstol: Löst ryggstöd/sits	2
Duschpall: Rostig	1
Mobil duschstol: Saknar boendenamn/lgh nr	2
Mobil duschstol: Rostig	2
Mobil duschstol: Tygrygg glidit ner	5
Toaförhöjning: Lös	4

Taklyft: Låter konstigt	2
Taklyft: Ej på laddning	3
Taklyft: Smutsig	1
Taklyft: Används ej	1
Taklyft: Handkontroll/sladd trasig	1
Elgåbord: Ej på laddning	1
Elgåbord: Smutsig	2
Fallskyddsmatta: Smutsig	1

ANALYS:

Lyftselar:

Etiketterna slits och suddas bort efter många tvättar samt vid duschning.

Detsamma gäller för inventarienumret på lyftselen.

En del selar är från år 2008 till år 2017 men används fortfarande eftersom selarna är hela och funktionella i övrigt.

Märkband med boendes namn och lägenhetsnummer bleknar vid tvätt och ibland lossnar bandet, kan även tas bort av någon.

Lyftselar har ej rengjorts enligt rutin.

Rollator:

Alla (större) hjälpmedel som tillhör Koppargården har en gul märklapp med inventarienummer. Dock kan det ha missats att sättas på eller lossnat.

Märkbandet med boendenamn/lgh nummer kan ha lossnat eller eventuellt missats att sättas på.

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av hjälpmedel har ej följts.

Vid funktionsfel, t ex dåliga bromsar skall Rehab (sjg) informeras för åtgärd.

Rullstolar:

Kunskap om rullstolens funktioner är lite bristfällig.

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av hjälpmedel har ej följts.

Vid funktionsfel, t ex dåliga bromsar skall Rehab (a.t.) informeras för åtgärd.

Sara Stedy (överflyttningsplattform):

Rengöringsrutiner har ej följts.

Positioneringskudde:

Rengöringsrutiner har ej följts.

Draglakan:

Handhavandefel. Kunskap om placering och användning av glid/draglakan är lite bristfällig trots genomgång efter förra egenkontrollen.

Rohodyna:

Rohodynorna var ej trasiga men kan under tidens gång pysa ut lite luft.

Dem måste kontrolleras ofta och fyllas på vid behov.

Säng:

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av sängar har ej följts.

Vid funktionsfel, t ex sängen går ej att höja, grinden fungerar inte, uppresningsstöd sitter löst mm, skall Rehab (a.t) informeras för åtgärd.

Grindskydd:

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av grindskydd har ej följts.

Duschstol:

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av duschstol har ej följts.

Mobil duschstol:

Märkband med boendenamn och lägenhetsnummer kan ha försvunnit under duschning pga vatten och schampo.

Ryggstödet på duschstolar kan lossna, skall kontrolleras enligt rutin.

Funktionskontroll och rengöringsrutiner av duschstol har ej följts.

Toaförhöjning:

Det händer att skruven lossnar när man använder toaförhöjning, skall kontrolleras enligt rutin.

Taklyft:

Misstänkt funktionsfel har ej meddelats till Rehab.

Har glömts sättas på laddning.

Har ej rengjorts enligt rutin.

Har glömts att tas ner/bort.

Handkontroll är av äldre modell och förbrukad.

Elgåbord:

Har ej rengjorts enligt rutin.

Har glömts sättas på laddning.

Fallskyddsmatta:

Har ej rengjorts.

ÅTGÄRDER EFTER ANALYSEN:**Lyftselar:**

Rehab har talat med omvårdnadspersonal ang. tvätt rutiner. Selarna ska inte tvättas i mer än 70 grader. Eventuellt behövs tvättpåse användas.

Inventarienummer har fyllts i på dem lyftselar som nr gick att läsa på.

Märkband med boendenamn och lägenhetsnummer har fyllts i eller ny satts dit.

Viktigt att personalen regelbundet kontrollerar om märkningen på bandet eller selen är på väg att försvinna och då fyller i texten med märkpena eller kontaktar Rehab för detta.

Det är även viktigt att använda rätt lyftsele till rätt boende då dessa är personligt förskrivna.

Om lyftselen börjar bli sliten/är trasig skall kontaktpersonen eller den som upptäcker det rapportera felet till Rehab.

Gamla lyftselar skall kasseras och ersättas med nya.

Rollator:

Mindre fel, t ex dålig broms, har åtgärdats på plats.

Trasiga rollatorer byts ut.

Märkband med boendenamn och lägenhetsnummer har satts på där det fattats.

Vi fortsätter med samma rutin att ffa kontaktpersonen skall rengöra och funktionskontrollera varje månad och signera efter kontrollen.

Om en rollator ej fungerar/är sönder skall kontaktpersonen eller den som upptäcker felet rapportera detta till Rehab.

Rullstolar:

Mindre fel har åtgärdats på plats.

Omsorgspersonal påminns om rengöringsrutiner och funktionskontroll av hjälpmedel.

Rohodynor:

Har fyllts på med luft så att dynorna är inställda efter patienterna.

Säng:

Mindre fel har åtgärdats.

Trasig säng har bytts ut.

Omsorgspersonal påminns om rengöringsrutiner och funktionskontroll.

Grindskydd:

Mindre fel har åtgärdats.

Omsorgspersonal påminns om rengöringsrutiner och funktionskontroll.

Duschstol:

Mindre fel åtgärdas på plats.

Rostiga och välanvända duschstolar kommer att ersättas med nya.

Mobil duschstol:

Mindre fel åtgärdas på plats.

Märkband sätts på där det saknas.

Rostiga och välanvända duschstolar kommer att ersättas med nya.

Toaförhöjning:

Lösa skruvar sattes fast på plats.

Taklyft:

Påminna personal om att detta hjälpmedel alltid skall stå på laddning och att meddela Rehab vid eventuella fel samt att följa rengöringsrutin.

Elgåbord:

Påminna personal om att detta hjälpmedel alltid skall stå på laddning och att meddela Rehab vid eventuella fel samt att följa rengöringsrutin.

Fallskyddsmatta:

Påminna omsorgspersonal om rengöring av mattan.

Uppföljning:

Efter egenkontroll av hjälpmedlen samt åtgärder uppdaterar sjukgymnasten och arbetsterapeuten journalen i Vodok, utprovningsprotokoll i patientens pärm på ssk exp, skriver in periodisk inspektion av lyftselar i mappen när det behövs samt uppdaterar hjälpmedelslistor i gemensamma mappen.

Vi fortsätter med samma rutin avseende rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel som står på signeringslistan som finns i patientens Solpärm.

Där finns även en felanmälningsblankett avseende hjälpmedel som kan fyllas i och lämnas till ansvarig Rehab personal för åtgärd.

Vi fortsätter även med att märka hjälpmedel med tygband där det står patientens namn och lägenhetsnummer.

Vi kommer även att påminna/informera omsorgspersonal om det viktiga med rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel på t ex APT/morgonmöte och att dem alltid är välkomna att höra av sig till Rehab vid eventuella frågor.