

# Patientsäkerhetsberättelse för Koppargårdens Vård-och omsorgsboende År 2023



## **Inledning**

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*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:

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

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

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
Strålskydd .....	6
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens.....	7

Patienten som medskapare .....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	9
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	9
Säker vård här och nu .....	9
Riskhantering .....	9
Stärka analys, lärande och utveckling.....	10
Avvikelse .....	10
Klagomål och synpunkter .....	10
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	11
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete .....	12
BILAGA 2. Tabell.....	23

## **SAMMANFATTNING**

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

Kontinuitet i arbetssättet gjorde att resultatet på den årliga brukarundersökningen visade ökning av nöjdhet för våra patienter som vistas på Koppargården, detta gäller både demensvård och somatiskt vård.

Övrigt resultat i undersökningen har kunnat användas som ett kunskapsunderlag i vårt förbättringsarbete.

Vårdrelaterade infektioner har varit den vanligaste vårdskadan inom hälso- och sjukvården och i de flesta fall har vi kunnat förebygga med systematiska arbetssätt för hygienrutiner på vår arbetsplats.

Genom kontinuerlig personalutbildning har vi kunnat minska risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utbildningen samordnades med hygiensjuksköterska i större och mindre grupper med hjälp av film och gemensam dialog och erfarenhetsutbyte. Verksamheten har främjat medvetenhet och etablerar starka rutiner som skyddar både patienter och personal i linje med grundläggande vårdmål.

Den nationella punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) för regioner och kommuner genomfördes under våren, resultatet låg till grund för ett förebyggande arbete inom Vårdhygien.

Pågående förbättringsarbete görs med stöd av dietistens kunskap och insatser gällande energibehov med mat och dryck, samt måltidsmiljön.

Nattfastan är den tid som går från tidpunkten för kvällens sista mål till påföljande dags första mål. Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastans längd inte bör överstiga 11 timmar. Verksamhetens aktiva arbetsinsatser har kunnat förkorta nattfastan vilket minskar risken för undernäring.

Kontinuerligt lärande och tillämpande av förbättringskunskap har bidragit att genomförandet av vaccinationer (dvs årlig säsongsvaccination och Covid-19 m.m.) till patienter gjordes i tid utan anmärkningar enligt planering och styrning, detta har även bidragit till att minimera och förebygga vårdskada.

De individuella riskbedömningarna har prioriterats och kunskap om riskbedömningsinstrument (Senior alert) ökade möjligheten att tidigt identifiera risker. Bedömning av risk för fall, trycksår, undernäring och munhälsa görs vid samma tidpunkt med fyra evidensbaserade instrument enligt planering. Identifierade risker har

registrerats i kvalitetsregistret Senior alert, sedan har verksamheten arbetat aktivt med planerade åtgärder, uppföljning och att följa upp resultatet.

Detta vårdpreventiva arbetssätt med Senior alert har inneburit att vårdskador har kunnat undvikas eller eliminerats. Verksamheten kunde kartlägga bättre resultatet i jämfört med tidigare års resultat.

Denna arbetsmetod som har använts har präglats av kunskap hos personal, struktur och systematik har synliggjort ett gott resultat.

De flesta av inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvård handlade om läkemedelshantering och fallolyckor. Verksamheten bedriver fortlöpande preventivt arbete mot förekomsten av dessa och även andra sorters avvikelser. När det gäller antal avvikelser kan noteras att andelen läkemedelsavvikelser är högst till antal, varav en stor del av dessa är uteblivna doser/signeringar. Verksamheten hade en Lex Maria anmälning till IVO vilken avslutades enligt beslut från IVO.

Nya strukturen för ledningsfunktion utformades och den nya strukturen innebar att distansering har omvandlats till närhet, detta gäller både för medarbetare och patient/anhörig. Detta har resulterat till att åtgärder vidtas och handläggs snabbare. Den betydande erfarenheten av det systematiska arbetet med egenkontroller har stärkt säkerheten och skapat en trygg vårdmiljö för våra patienter. Detta genom att resultatet av egenkontroller möjliggör att resultatet blir visuellt tydligt och transparent. Ansvariga chefer kan enkelt få överblick i olika vyer över samtliga pågående åtgärdsplaner med status, analys och eventuella kommentarer.

Blicken framåt riktar sig till att med större medvetenhet skapa större samsyn och frigöra tid för innovation för att kunna arbeta förbyggande för att minimera vårdskador, stärka teamarbetet, öka kompetenshöjande insatser inom demensvård och somatisk vård och kunna mäta effekter av implementerade arbetsmetoder.

## **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 samt för att nå den nationella visionen "God och säker vård- överallt och alltid"..

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

## 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.



Verksamhetens ledning är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. Tydlig styrning på olika nivåer har skapat goda förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, genom egenkontroller där information om verksamhetens resultat inhämtas, samt genom att ta ansvar för att åtgärderna genomförs och utvärderas.

Ledningens förmåga att kommunicera, leda det lärande och dess värde och medarbetarnas delaktighet har höjt kvaliteten i olika kunskapsområden och praktiska tillämpningar.

## 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.

## Övergripande mål och strategier

- Öka patienternas upplevelse av delaktighet och av att bli förstådda
- Identifiera risker enligt Systematiska evidensbaserade riskbedömningar för att förebygga vårdskador. Fokuserar således inte bara på risker utan också på framgångsfaktorer för en säker vård.
- Öka kunskapen och medvetenheten inom personalgruppen om förekomst av vårdskador, samt ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå samt förbättra möjligheterna att följa utvecklingen till patientsäkerhet.
- Följa upp och analysera allvarliga inträffade händelser samt delge verksamheterna för ett lärande syfte
- Förebyggande arbete för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner

- Fullfölja Registrering i nationella kvalitetsregister samt användandet av analysverktyg för att stärka patientsäkerheten utifrån resultatet av kvalitetsregister
- Egenkontroll, dels Systematisk uppföljning och utvärdering och dels kontroll av att verksamheten följer gällande lagar och bedrivs enligt beslutade processer med tillhörande rutiner
- Upprätthålla och utveckla kompetens hos all personal utifrån kompetensförsörjningsplan
- Bibehålla god samverkan med de samarbetspartner som verksamheten har avtal med
- Följa upp effekten av implementerade arbetssätt och metoder, samt lyfta upp framgångsfaktorer för en säker vård

## **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 att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **Verksamhetschef**

Verksamhetschefen har ett helhetsansvar för hälso- och sjukvården inom verksamheten och följer regelbundet upp kvalitetsarbetet samt är ett stöd till biträdande enhetschefer 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, här ingår även informationsöverföring enligt åtagandet.

### **Biträdande enhetschef**



Ansvarar på uppdrag av verksamhetschef för informationsöverföring för att rutiner och riktlinjer som styr Hälso- och sjukvårds insatser, erbjuds, bedrivs och följs upp med god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen och att de är kända. 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.

Biträdande enhetschef ansvarar för Hälso- och sjukvårdsgruppen som består av legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietist.

Kvalitetsarbetet gällande egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer strukturerades efter årshjul framtagna för respektive professionsområde.

### **Legitimerad personal (Hälso- och sjukvårdsgruppen)**

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 inträffade händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Här ingår även systematiska egenkontroller och dess redogörelser.

Handledning och vägledning av omvårdnadspersonal samt studenter 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 inom vissa områden. De har därmed också en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera in risker för vårdskador samt inträffade händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **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, utveckla och följa upp 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).

### **Utvecklingsenheten**

Verksamhetens Patientsäkerhetsarbete har bedrivits i samverkan med utvecklingsenheten på stadsdelsförvaltningen.

Utvecklingsenheten utreder även händelser i verksamheten och att på delegation från nämnden göra anmälan enligt lex Sarah till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

### **Dietist**

Kommunen tillhandahåller dietist till patienter inom SÄBO enligt sammanhållen överenskommelse mellan Region och kommun. Hässelby/Vällingby stadsdel har avtal med dietist som finns tillgänglig under dagtid på vardagar. Lokal rutin för när dietist ska kontaktas finns på boendet. Sjuksköterskan ska till exempel alltid kontakta dietist vid patient med sondmat och kan ta hjälp av dietist i olika nutritionsfrågor så som ofrivillig viktförändring, konsistensanpassad kost eller val av kosttillskott.

### **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/smittskydd beträffande Patientsäkerhet
- Samverkan med läkarorganisation enligt avtal, denna stödfunktion har bidragit för god patientsäkerhet
- Patientnämnden som är fristående och bidrar 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

## **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 bland annat förbättra rutiner, statistik ,nya vårdprogram och nyheter. 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 förändringsarbeten för framtida utveckling.

Ansvar för Kommunens läkarinsatser inom hälso- och sjukvård ligger hos regionen för att tillhandahålla insatserna, avtal och finansiering av läkarinsatser.

Patienterna har Familjeläkarna som ansvarig läkarorganisation under sin vistelse på boendet. Läkaren som är kopplad till verksamheten finns att tillgå vardagar mellan kl. 08-17, övrig tid finns jourverksamhet att tillgå.

Känd skriftlig rutin för hur läkare ska kontaktas finns. Fysiskt besök (rond) sker minst en gång per vecka och tidsåtgång för detta är ca 2-4 timmar beroende på behov/antal patienter.

#### 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.

#### Samverkan med Universitet/Högskolan

Verksamheten har samverkan för att ta emot studenter, detta gäller främst sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

#### Samverkan med Yrkesgymnasium

Verksamheten har samverkan för att ta emot undersköterskeelever från olika skolor.

## 2- Samverkan i den egna verksamheten

### Samverkan med Beställarenheten

Verksamheten har regelbundet samverkansmöten med Beställarenheten. Vi har skapat goda förutsättningar för en dialog gällande utvecklingsområden 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 är att ta tillvara på våra kunskaper från erfarenhetsutbyte och lärandet i detta möte för att skapa trygghet för våra patienter.

Beställarenheten gör även individuppföljningar årligen och sammanställt resultat presenteras för verksamheten under hösten.

### Samverkan med dietist

Samverkan sker löpande inom hälso- och sjukvårdens stadsdel med dietisten. Här sker besöket fysiskt på respektive våningsplan, samt övriga möten med respektive chef och omvårdnadspersonal planeras regelbundet.

Dietisten stödjer även verksamheten när det gäller utbildningssyfte, måltidsfrågor, måltidsmiljö och rekommenderar produkter vid inköp utifrån patientens behov.

### Samverkan med dokumentationsstödjare

Samverkan sker löpande inom hälso- och sjukvårdens stadsdel med dokumentationsstödjare för

hälso- och sjukvårdsdokumentation. Samverkan sker via fysiska möten enligt planeringen i årshjulet.

### Samverkan med Kompetens och träningscenter (KTC) på utvecklingsenheten

KTC är ett specialutrustat träningscenter som riktar sig till medarbetare inom äldreomsorgen, detta innebär också långsiktig kompetensförsörjning.

Här får medarbetare möjlighet att träna på ett kvalificerat omhändertagande och utveckla sina kliniska färdigheter för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg av äldre som har behov av äldreomsorg. Insatserna erbjuds/sker både enskilt och i team.

Samverkan med KTC sker fortlöpande, detta för att säkerställa patientsäkerhet.

Verksamheten nyttjar de utbildningsinsatserna som erbjuds.

### Ledningsgrupp

Träffas varje vecka, där olika ärenden i verksamheten lyfts upp på operativa nivåer så väl som strategisk nivå, samt ett gemensamt beslut tas gällande resursfördelning som är relaterat till patientsäkerhet.

#### Omvårdnadsansvarig sjuksköterska- OAS

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.

#### Patientansvarig läkare - PAL

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.

#### Hälso- och sjukvårdsmöten

Möten gäller för all legitimerad personal, detta är även ett forum för informationsöverföring och erfarenhetsutbyte för yrkesspecifika frågor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAR) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) blir inbjudna.

#### Teamträffar

Teamträffar är plattformen i det tvärprofessionella teamarbetet med fokus på vårdtagarens behov, där samtliga professioner är lika viktiga. På teamträffarna där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, omvårdnadspersonal och ansvarig chef ingår, tas aktuella ärenden upp och insatser planeras och diskuteras. Teamträffarna är också ett tillfälle för samordning av en personcentrerad vård kring vårdtagaren. Teamträffarna är ett prioriterat möte för alla.

#### Kvalitetsrådsmötet – Hälso-och sjukvård

Kvalitetsrådsmötet sker enligt planeringen i årshjul, här deltar biträdande enhetschef, legitimerad personal och kvalitetsombud. Här presenteras en sammanställning av händelserapporter och dess bakomliggande orsaker. Här upprättas även åtgärdsplaner för att förebygga att händelser (avvikelser) inte upprepas, samt återkoppling. Utvärdering och uppföljning av införda åtgärder görs månaden därpå.

## **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 hanteras under året

Legitimerad personal och ansvariga chefer har genomgått NIS utbildningen.

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.

Loggkontroll görs enligt planering och sammanställningen av resultatet av loggkontrollen i Vodok som utfördes visade inga avvikelser som förekommit under året.

## **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.



Vår säkerhetskultur handlar om ansvar och öppenhet, förhållningssätt, värderingar och medvetenhet som medarbetare och ledning har till säkerhetsfrågor. Det handlar även i stor utsträckning om att arbeta med attityder och beteenden för att förstå hur dessa delar påverkar varandra och gemensamt skapa förutsättningar för en säker arbetsplats, samt säkerhetsmedvetenhet.

Verksamheten främjar säkerhetskultur genom att bevara ett öppet klimat där medarbetare kan ifrågasätta, komma med förslag till förbättringar och samtidigt vara lyhörd, samt ha en god dialog för ökad insikt och förståelse. Goda förutsättningar skapas genom utskick av månadsbrev och frågeställningar, samt utvärderingar och uppföljningar som sker på Drop-in möten, arbetsplatsträffar, kvalitetsrådsmöten, teamträffar, avstämningsmöten och planeringsdagar, samt anhörigträffar.

Verksamhetens viktiga aspekter i säkerhetskulturarbetet har varit att dra lärdomar från erfarenheter. Vi delar med oss av erfarenheter och delger det medarbetare lärt sig till andra, samt tillämpar dessa för att kunna rapportera inträffade händelser/incidenter utan att vara orolig för repressalier.

Vi är väldigt tydliga med att frågor inte handlar om att kritisera varandra, utan om att ingen ska behöva drabbas av skador som faktiskt går att undvika. Vi fokuserar på VAD som hänt, och på hur vi kan förhindra att det händer igen, inte på vem som varit inblandad.

Den absolut viktigaste aspekten och basen för en god säkerhetskultur för oss har varit att samtliga medarbetare tar ägarskap av säkerhetskulturarbetet och ständigt agerar med säkerheten i främsta fokus.

Ledningen uppmuntrar alla – medarbetare, patienter, närstående - att alltid fråga om man är osäker på något och att säga till så fort någon upptäcker en risk, att något håller på att gå fel eller har blivit fel utan att mörklägga uppgifter om incidenter.



Det som kännetecknar en god säkerhetskultur på vår arbetsplats är att ledningen prioriterar och hanterar säkerhetsfrågor på alla nivåer i verksamheten och att de är en del av "kulturen" som bygger på en öppen dialog att;

Vi pratar ofta om risker och vårdskador.

Vi pratar om positiva händelser och diskuterar vad som gör att det oftast går bra.

Vi hittar framgångsfaktorer och se till att de får utrymme i framtidens utveckling.

Hantering av information inom vår verksamhet bygger också på vissa regler för att hålla en acceptabel standard. Vi uppnår en god informationssäkerhetskultur genom:

Lärande – vilja och förmåga att lära sig om säkerhet genom erfarenhet.

Rapporterande – incidenter och avvikelser rapporteras på ett korrekt sätt.

Rättvisa – en rättvis verksamhet som inte straffar misstag.

Flexibilitet – respekt för kunskap hos medarbetare oavsett dennes roll i organisationen.

Kommunikation – fungerande rutiner och kanaler för spridning av information och kunskap.

Verksamheten har genomfört att arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö har integrerats systematiskt i samverkan med skyddsombud och företrädare för medarbetarna, detta har varit en del av verksamhetens kultur generellt och dess säkerhetskultur specifikt.

## **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 enligt kompetensförsörjningsplanen 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 haft mycket låg personalomsättning vilket möjliggjort stabiliteten för en ökad välfärd och trygghet för våra patienter.

Vi har implementerat tjänster "heltid som norm", och detta har lett till en mer stabil bemanningsprocess och bemanningsstruktur vilket är bidragande orsaker som stabiliserar kontinuiteten i vardagen för att kunna öka patientsäkerheten.



Sedan juli infördes krav för inskaffandet av skyddad yrkestitel för att kunna arbeta som undersköterska s.k. undersköterska med skyddad yrkestitel. Detta säkerställer långsiktigt att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens för att verksamheten ska uppfylla kravet enligt uppdrag.

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

Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning. 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 för vår verksamhet, t.ex. Äldreomsorgslyftet har bidragit till att många medarbetare har börjat studera och utbilda sig till undersköterska och olika spetskompetenser. Här är vi redovisningsskyldiga av de utförda timmarna.

Vår goda förutsättning för att utföra arbetet kännetecknas av att;

- Personalen har relevant och adekvat kunskap, kompetens och erfarenhet för att klara av uppgifterna
- Hälso- och sjukvårdspersonal uppfyller behörighetskraven
- Arbetet utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Vi tar tillvara på personalens erfarenheter

### **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 §*

Patientens och patientföreträdarens erfarenheter som medskapare har visat stor potential till att förbättra verksamhetens- och vårdens kvalitet och har bidragit till ökad effektivitet.

Därför arbetar verksamheten systematiskt för att tillvarata erfarenheter, kunskap och synpunkter från enskild patient, patientföreträdare och att beakta och integrera deras medskapande i planering, utveckling, genomförande och utvärdering inom områden som utgår från patientens behov.

Vi har varit tydliga i vårt förhållningssätt på att synen på patienten som "mottagare" av sjukvård behöver ersättas av en syn där de också får rollen av medskapare, vi har goda erfarenheter att patienter i allt högre grad vill vara med och påverka vårdens utformning och prioriteringar. Därför arbetar verksamheten med:

Medskapande på individnivå, detta sker i samband med inflyttning, vårdplanering, brytpunktsbedömningar/brytpunktsamtal eller regelbundna kontakter med/från kontaktperson, genom att patient och anhörig;

- Får vara med när legitimerad personal planerar patientens vård utifrån legitimerad personals arbetssätt, detta sker i samråd med hen för att säkerställa delaktighet och medbestämmande i den egna vården. (Om patienten inte varit delaktig i processen pga nedsättning av den kognitiva förmågan då aktualiseras samtycke via anhörig, detta dokumenteras)
- Blir sedda och respekterade utifrån vilka förväntningar de har på oss som vårdgivare
- Blir lyssnade på och hänsyn tas till deras egen uppfattning om sin situation och sina problem innan beslut fattas
- Får återkoppling om de beslut som fattas och på vilka grunder
- Får vård och stöd utifrån sina egna förutsättningar vid utformning av genomförandeplan och en tydlig bild av levnadsberättelsen som ger ett gott underlag för utformning av genomförandeplanen
- Delar med sig av erfarenhetsbaserade kunskaper till oss

Medskapande på verksamhetsnivå, detta sker i samband med anhörigmöte och boenderåd, genom att patient och anhörig;

- Får enhetlig, lättillgänglig och anpassad information som ger möjlighet att förstå, att engagera sig och att föra en meningsfull dialog med ansvariga
- Har möjlighet att påverka utformningen och styrningen av den vård och det sociala stöd hen behöver/får som helhet
- Erbjuds enskild tid för att framföra sina frågor, synpunkter och information
- Erbjuds tid för uppföljning och den dokumentation som är lättillgänglig

- Får lättillgänglig och anpassad information om rättigheter och valmöjligheter
- Ger återkoppling som påverkar utformningen och utvecklingen av verksamhetens arbetsätt

Medskapande på en helomfattande nivå, genom att patient och anhörig:

- Har möjlighet att föra en meningsfull dialog, lättillgänglig och anpassad information i olika samverkansformer på lokalnivå
- Är övertygade att deras behov är i centrum och insatserna ses från dennes perspektiv
- Är medvetna om att det finns lättillgängligt informationsmaterial och anpassad IT så att de kan bli välinformerade
- Är medvetna om att de arbetsformer, information och kommunikation, är anpassade så att alla kan vara med, oberoende av tidigare vana och erfarenhet eller funktionsnedsättning
- Är medvetna om möjligheten att ta del av resultaten t ex: årlig brukarundersökningen och individuella uppföljningar
- Är medvetna om att verksamheten satsar på utbildning i förhållningssättet i bemötande och helhetssyn
- Är medvetna om att det finns ordnade former som fångar upp önskemål, kunskap, synpunkter och erfarenheter.
- Är medvetna om att det finns rutiner för hur önskemål och inkomna synpunkter tas om hand, följs upp och återkopplas
- Blir erbjudna till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Verksamheten skickar ut månadsbrev till anhöriga, anhörigträffar sker två gånger om året, boenderåd sker två gånger om året, och alla dessa planeringar och genomförande sker enligt årshjul.

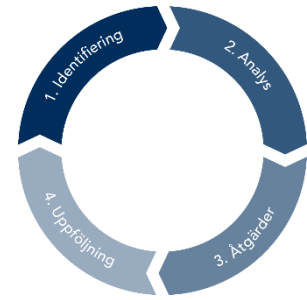
## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

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 kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Verksamheten har anpassat de fem nationella fokusområdena som Socialstyrelsen har tagit fram för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador, fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Verksamheten arbetar återkommande med egenkontroller inom de områden som är identifierade och som ständigt behöver kvalitetssäkras. Vi arbetar även med egenkontroller utifrån identifierade risker eller i syfte att undersöka om vidtagna åtgärder har fått eftersträvat resultat.

Egenkontroller för ökad patientsäkerhet genomförs hos oss genom granskningar, internutredningar, analyser och uppföljning av framtagna handlingsplaner. Resultaten ligger sedan till grund för vårt ständigt pågående förbättringsarbete inom verksamheten som bygger på lärande och utveckling, detta har varit en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. De förbättringsarbeten som legat i fokus har varit läkemedelshantering, dokumentation, nattfasta, minska risken för vårdrelaterade infektioner och fallprevention. Vi är medvetna om att det fortfarande finns utrymme för förbättringsarbete och kvalitetsutveckling inom ovan nämnda områden.

Vårt arbetssätt har varit att vid planerade regelbundna möten återrapporteras alla inkomna 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. En sammantagen bild av kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna har gett verksamheten ett underlag för både utformning av åtgärder och för prioritering av insatser.

Indikatorer, mätmetoder och uppföljningar som ska främja ett sammanhållet systematiskt förbättringsarbete med patientperspektivet i fokus inom vår verksamhet redogörs via våra egenkontroller som speglar våra insatser inom vården.

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 egna underlag
Kvalitetsindikatorer	1 gång/månad	Kvalitetsindikatorer verksamhetens egna underlag
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/månad	PPM mätning och underlag framtaget av Vårdhygien
Loggkontroll, Vodok och NPÖ	1 gång/ 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/redovisas/avslutas inom 14 dagar
Läkemedelshantering och signeringslistor	1gång/månad	Verksamhetens egna underlag
Narkotikaklassade läkemedel	1 gång/månad	Verksamhetens egna 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.



Verksamheten har en tydlig ansvarsfördelning mellan chefer avseende bearbetning av inrapporterade händelser, oavsett allvarlighetsgraden i det inträffade som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada i verksamheten.

Utredning av inträffade händelser sker inom 14 dagar, utredningar ger så långt som möjligt klarläggning av händelseförloppet samt underlag för att analysera faktorer som har bidragit till att leda fram till det inträffade och därigenom söka underlag för beslut om åtgärder som ska vidtas. Detta för att förhindra en upprepning av det inträffade, eller andra händelser av liknande art, där sådana risker blottläggs av utredningen, på det sättet har vi kunnat minska riskerna för – och konsekvenserna vid - framtida upprepning.

När utredningen är klar och färdig då redovisas detta internt inom en vecka och därefter överlämnas den till MAS/MAR eller utvecklingsenheten inom stadsdelsförvaltningen. Beslut om eventuell fördjupad utredning eller anmälning till IVO sker via MAS/MAR/utvecklingsenheten.

Vi för alltid en fullständig dokumentation av 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. Detta för att 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. Utifrån goda kunskaper, uppmärksamhet och en hög förståelse för förloppet 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.

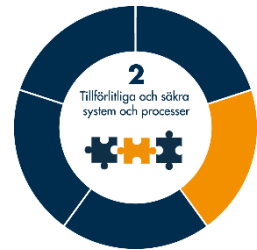
De identifierade riskområdena är munhälsa, trycksår, undernäring, läkemedelshantering, skada efter fall, hantering av hjälpmedel, bristande dokumentation, brister i förebyggande arbete och vårdrelaterade infektioner.

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

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för patientens säkerhet till sin närmaste chef, vilken i sin tur är skyldig att rapportera till verksamhetschef samt stadsdelens MAS/MAR som har anmälningsplikt.

### **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.



Verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är utformat för att ge stöd och beskriva enhetens arbete med det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet säkerställer ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamheten använder sig av kvalitetsregister som en nationell kunskapsbas för att främja systematiskt arbetssätt i stöd av identifiering av risker hos patienter.

Verksamheten arbetar aktivt med registrering i kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregister och BPSD.

Kvalitetsregistren är en samling av data som vi använder för att löpande kunna analysera, utvärdera och förbättra kvaliteten i utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Registren har gett oss stöd till ett standardiserat och evidensbaserat arbetssätt som har kunnat förebygga sjukdom och skador hos den enskilda patienten, samt underlättat för personalens arbete för att öka kvaliteten på genomförandet av omvårdnadsinsatserna.



Detta har även bidragit till ökad medvetenhet och kunskap hos personalen för att minska skador och öka livskvaliteten för äldre, samt underlättat systematisk uppföljning och kvalitetsutveckling i verksamheten. Med hjälp av de evidensbaserade bedömningsverktygen har vi kunnat minska och förhindra skador under året.

Vi har med hjälp av bl.a. registret i Senior Alert tidigt kunna upptäcka/identifiera risker och kunnat sätta in rätta åtgärder, samt förebyggt trycksår, undernäring, risk för fall, ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion.

För att stödja det förebyggande arbetet gällande vårdrelaterade infektioner inom verksamheten har vi haft återkommande mätningar med hjälp av iakttagelser och följsamhet.

Rapportering av mätvärden registreras i SKR:s PPM-databas <https://ppm.vantetider.se>. PPM-verktyget är Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) databas för registrering av bland annat följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler. Detta har varit ett tillförlitligt och säkert system för det resultat vi har fått.

Egenkontroll enligt planeringen i årshjulet, är också en systematisk uppföljning av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroll är en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Detta har varit en säker process för oss.

Vi registrerar avvikelser/inträffade händelser i våra datasystem, sedan hanterar vi detta enligt enhetens rutiner som är tillförlitlig för detta ändamål.

Verksamhetens arbetssätt och rutiner gällande uppföljningarna har också bidragit till att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Denna tillförlitliga metod har synliggjort att vi har kunnat minska oönskade effekter gällande patientsäkerheten.

## 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*

Riskanalysen är en övergripande process som inkluderar flera steg i vårt arbete och förutsätter särskild kompetens, medan riskbedömningen är en specifik del av riskanalysen där vi bedömer sannolikheten och konsekvenserna av olika risker för att kunna fatta ett beslut om hur vi ska hantera dem.

Säker vård här och nu handlar för oss om att ha förmåga och kunskap för att kunna hantera och agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad. Verksamheten har olika infallsvinklar, verktyg, indikatorer, mätmetoder, erfarenheter och kompetensområden som vi bedömer är värdefulla när risker ska identifieras, analyseras och elimineras.

Vårt arbetssätt visar hur en riskanalys ökar patientsäkerheten i verksamheten när rätt åtgärd sätts in.

Verksamhetens riskhanteringsprocess samt händelseanalyser med identifiering av bakomliggande orsaker följs/ansvänds på ett strukturerat och systematiskt sätt för att hantera risk, detta sker i fem steg; identifiera, värdera/mäta, hantera/åtgärda, följa upp och rapportera.

Effekten av den här processen bidrar till att minimera, övervaka och kontrollera sannolikheten eller inverkan kopplat till oönskade händelser.

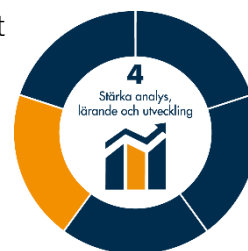
Våra lärdomar dras från inträffade skador och att dessa lärdomar används i riskvärdering och riskhantering. Detta är också ett sätt att förhindra att en skada ens uppkommer.

Vi utvärderar även åtgärdernas effekt samt sammanställer och återkopplar erfarenheterna till personalen för ett lärande som leder till agerande gällande säker vård här och nu.

Säker vård kräver från verksamhetens sida även god yrkeskunskap med ett etiskt och ett professionellt förhållningssätt, ett gott verksamhetsöverskridande samarbete som är grundat på respekt för och kännedom om sin egen och andra professioners kompetenser, samt att ha ett personligt ansvar gentemot vårt uppdrag i utförande av insatserna, oavsett vilken roll vi har i verksamheten.

### **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*

Verksamhetens inrapportering av inkomna Hälso- och sjukvårdsavvikelser (internt och externt) samt avvikelshantering sker på ett systematiskt sätt och enligt beprövad rutin. Vi arbetar ständigt med att identifiera, dokumentera samt rapportera negativa händelser och tillbud. Ett systematiskt arbetssätt som även innebär att vi fastställer och åtgärdar orsaker, utvärderar åtgärdernas effekter samt sammanställer och återkopplar erfarenheterna till verksamheten.

Alla medarbetare har ett ansvar att rapportera avvikelser på arbetsplatsen när de inträffar eller upptäcks.

Chefer och medarbetare är medvetna om de risker som kan uppstå och har alltid en öppen dialog om tillstånd/situation och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten.

Vi upprätthåller även ett säkert arbetssätt som förutsätter en god säkerhetskultur där var och en i organisationen bidrar och agerar utifrån sin roll, detta har även kunnat främja och skapa förutsättningar för vår goda arbetsmiljö och en säker vård.

Verksamheten har kontinuerligt olika mötesforum enligt årshjul såsom ledningsgruppsmöten, kvalitetsråd, arbetsplatsträffar, planeringsdagar, teamträffar, avstämningar och Dropp-in tillfällen. Där har vi kunnat skapa bästa möjligheter för att bidra till att öka medvetenheten, kunskapen, förmågan och flexibiliteten hos chefer och medarbetarna inom verksamheten i hälso- och sjukvårdens insatser. Där har vi ytterligare möjlighet att uppmärksamma och även agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador.

Verksamhetschefen eller ansvarig biträdande enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppen och legitimerad personal har en öppen dialog med varandra gällande Hälso- och sjukvårdsavvikelser, 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/ersättare hanterar inkomna avvikelser, detta sker genom en intern utredning inom tio arbetsdagar till berörda rapportörer. Svar/återkoppling till rapportören sker när utredningen är slutförd.

Registrator vid stadsdelsförvaltningen diarieför svaret.

Verksamhetschef eller ansvarig biträdande enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppen ansvarar för att klargöra utredningen gällande avvikelser så snart åtgärderna är vidtagna.

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.

Allvarlighetsgraden av inträffade händelser och inrapporterade avvikelser påverkar ifall verksamhetschefen kontaktar MAS/MAR.

Gällande IVO ärende:

- Verksamheten hade ingen IVO anmälan gällande lex Sarah under 2023
- Verksamheten hade en IVO anmälan gällande lex Maria under 2023 och IVO avslutade ärendet 2023

Ett identifierat område som vi har kunnat utveckla under 2023 var att alla utredningar som gjordes blev klara inom angiven tid dvs inom 10 arbetsdagar, samt återkopplingarna som gjordes till berörda rapportörer (internt och externt).

Det finns ett förbättringsområde gällande att avsluta avvikelserna i våra interna journalsystem.

### **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 inte fungerar optimalt – förändrar vi detta tillsammans
- Om något fungerar bra - gör vi mera av detta tillsammans

Det finns en tydlig ansvarsfördelning och rutinbeskrivning i verksamheten avseende bearbetning av inrapporterade klagomål och synpunkter som helhet.

Inkomna klagomål och synpunkter diskuteras och analyseras kontinuerligt och resultaten redovisas på kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. 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.

Allvarlighetsgraden av inrapporterade klagomål och synpunkter avgör om ärendet ska rapporteras vidare till MAS/MAR/utvecklingsenheten, det är verksamhetschefen som ansvarar för detta.

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

#### Utredning och avslut

Verksamhetschefen och ansvarig biträdande enhetschef hanterar inkomna klagomål och synpunkter. Detta sker genom en intern utredning inom 10 arbetsdagar, svar/återkoppling till rapportören sker när utredningen är slutförd. Registrator vid stadsdelsförvaltningen diarieför svaret. Verksamhetschef och ansvarig biträdande enhetschef avslutar ärendet så fort åtgärderna är vidtagna.

Tabellen nedan visar antal inkomna synpunkter/klagomål

Våningsplan/ Enhet	Antal	Typ av synpunkt/klagomål
Våningsplan 1	4	Bemötande, övrigt
Våningsplan 2	9	Verksamhet, information
Våningsplan 3	11	Bemötande, tillgänglighet, information, verksamhet, handläggning, övrigt
Våningsplan 4	10	Verksamhet, bemötande, tillgänglighet, kompetens, information, övrigt
Våningsplan 5	10	Bemötande, omvårdnad, utebliven insats, tillgänglighet
Våningsplan 6	10	Verksamhet, bemötande, tillgänglighet, kompetens, information, övrigt
HSL gruppen	2	Bemötande
Externt	4	Verksamhet, bemötande, information
Totalt	60	

## 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.



Framtida utmaningar för oss kräver hög beredskap för att identifiera och hantera risker. Beredskap krävs för exempelvis perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning och leveransproblem för läkemedel och material/varuförsörjning osv. Därför är det viktigt för oss att det finns förutsättningar för att klara av påfrestningarna utan att patientsäkerheten hotas eller äventyras.

För att uppmärksamma och analysera risker används riskanalys. Riskanalys är den metod som verksamheten använder inför förändringar, Metoden är utvecklad för att identifiera och värdera brister i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön. Vi har en beprövad rutin som underlättar att riskbedömningar med fördel görs gemensamt inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Ledningen har ansvar för att förutsättningar finns för att uppmärksamma och analysera risker, skapa beredskap och organisera arbetet så att en god arbetsmiljö kan upprätthållas med möjlighet till omfördelning av arbetsuppgifter och med utrymme för återhämtning.

Ledningens och personalens kunskap om vilken omvärldsbevakning som är viktig för patientsäkerhetsarbetet och ur ett patientsäkerhetsperspektiv, har också bidragit till att stärka kompetensen generellt inom gruppen.

Verksamheten har alltid använt sig av sina erfarenheter som underlag för en kunskapsstyrning från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhet är ett eget kunskapsområde hos oss, oberoende av profession och ställning, och det ger strukturella förutsättningar för resursfördelning, omprioritering, kompetensförsörjning, digitalisering och omställning vilket har möjliggjort att vi har kunnat ta bort eller minimera hindren i utvecklingsprocessen och stärka skyddet mot uppkomst av vårdskada.

Verksamheten kvalitetssäkrar utförandet av insatserna inom vården genom arbetsstrukturer som samverkan, kompetensutveckling, egenkontroller, händelsehantering, riskanalyser, avvikelsehantering och arbetet med nationellt kvalitetsregister.

Förbättringsområden identifieras och förbättringsförslag arbetas fram, implementeras och följs upp och utvärderas enligt utarbetad rutin som finns.

## **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.

### **Mål och arbetet inför 2024**

#### Mål 1

Att kunna genomföra kvalitetsmättningar.

Med hjälp av Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) genomföra detta.

QUSTA är ett kvalitetsinstrument för självskattning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet rörande särskilt boende enligt Socialtjänstlagen.

Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som berör utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården.

Instrumentet består av två delar;

Huvudområde 1: Lagar och författningar (hur regelverk följs)

Delområden:

Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal (Kontakrutiner) - Läkemedelshantering - Delegering - Avvikelsehantering - MTP (Medicintekniska produkter) - Hygien

Huvudområde 2: Vård och behandling (omvårdnad)

Delområden:

Vård i livets slutskede - Inkontinensvård - Trycksår - Nutrition - Fallprevention - Demens - Rehabilitering - Munhäsovård



Eftersom vår ambitionsnivå för kvalitet är hög, kommer resultatet av denna kvalitetsmätning att hjälpa oss ännu mer gällande utvecklings- och förbättringsområden.

### Mål 2

Att minska antalet avvikelser.

Verksamheten fokuserar/satsar på ett förebyggande arbetssätt för att minska risker, samt öka riskmedvetenhet, stärka analysen av risker och lärande hos personal, samt ha en beredskap för att hantera olika händelser som kan leda till ökad risk för patienterna.

### Mål 3

Fokus på somatisk vård och demensvård.

Verksamheten får årligen olika resultat från brukarundersökningen från respektive område. Därför kommer vi att satsa separat på respektive område för att höja kompetensen hos medarbetarna gällande olika utvecklings- och förbättringsområden.

### Mål 4

Boendes delaktighet och anhörigas delaktighet\* i utformning av vården.

Öka möjligheterna för patienter och anhöriga att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Öka möjligheterna för patienter och anhörigas delaktighet\* att påverka planerade aktiviteter inom verksamheten, i syfte att bryta ofrivillig isolering.

\*Verksamheten respekterar och tar hänsyn till att delaktigheten är frivillig och ingen får tvingas att framföra åsikter och synpunkter eller att vara med i olika situationer och sammanhang.

## **STRATEGIER FÖR 2024**

### Kvalitetsarbete och förbättringskunskap

Kvalitetsarbete inom omvårdnadsområdet kommer att ske systematiskt, långsiktigt, personcentrerat och detta sker i samverkan med de som berörs. Detta präglas även av ett förebyggande syn- och arbetssätt och kunskapsbaserade beslut med ständiga förbättringar.

### Strategisk ledningsgrupp och ledningsfunktion

En ledning som är överens, står för något gemensamt, agerar som ett team, ger stöd till chefer/varandra och medarbetare och driver utvecklingen i rätt riktning.

Ledningen kommer att vara involverad i förbättringsarbetet, inte minst genom att på olika sätt stödja arbetet, tillgodose behov av kompetensutvecklingen/kompetensförsörjningen och avsätta resurser för att uppnå verksamhetens mål enligt uppdraget.

Framgångskoncepten för ledningsgruppen är att ha fokus på uppgiften, samla alla kring en strategi, skapa en tydlig organisation, etablera värderingarna och få allt att samspela och den samlade kraften blir då enorm. Kittet som håller allt samman är de gemensamma värderingarna.

Ledningsgruppens agerande har en central betydelse för att olika utvecklings- och förbättringsområden ska praktiseras i organisationen. En väl fungerande ledningsgrupp är en "dynamo" som genererar energi och tillväxt.

Ledningens första uppgift är att se till att allt som görs i verksamheten nu och framåt har fokus på uppgiften.

Ledningens uppgift är också att se till att verksamhetens arbetsprocesser är så effektiva och enkla som möjligt.

## **UTMANINGAR FÖR 2024**

### Möta framtidens behov

Förutsättningar för rätt strategier som chefer anser är viktiga för att möta framtidens bemanningsutmaningar utifrån kompetens och kunskapsbehov för att uppfylla krav och åtagande för att erbjuda en god vård .

### Omvärldsbevakning och sammanhanget

Det är ovärderligt att kontinuerligt uppdatera oss om vad som händer i omvärlden gällande utvecklingen, anpassningen osv. Slutsatserna ska sättas in i ett sammanhang som är relevant för organisationen.

## Bilaga 2 Tabell

Tabellen nedan visar antalet registrerade BPSD under perioden 230101-231231

Avdelning	Antal registrerade	Antal aktiva	Antal Svårskötta patienter
Våningsplan 2	21	3	3
Våningsplan 3	29	1	0
Våningsplan 4	30	2	2
Totalt	80	6	5

Resultatet visar en ökning med 15 st. mera registrerade BPSD under 2023 i jämfört med 2022.

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

Arbetet med observation av BPSD bygger på teamwork 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 230101-231231

Avdelning	Antal fall	Antal fall som har lett till fraktur	Sjukhusvård (inskickade)	Riskbedömning gällande fall	Hälsoplan
Våningsplan 1	94	0	4	29	29
Våningsplan 2	44	1	1	21	21
Våningsplan 3	69	2	2	29	29
Våningsplan 4	106	4	4	30	30

Vårningsplan 5	49	3	3	29	29
Vårningsplan 6	53	0	1	21	21
Totalt	415	10	15	159	159

Resultatet visar en minskning med 71 st. fall under 2023 i jämfört med 2022

Resultatet visar en ökning av med 58 st. gjorda riskbedömningar gällande fall under 2023 i jämfört med 2022.

Verksamheten är nöjd med utförda insatser gällande vidtagna vårdåtgärder för att minska antal fall.

Tabellen nedan visar antalet fall under året 2022

<b>Avdelning</b>	<b>Antal fall</b>
Vårningsplan 1	114
Vårningsplan 2	73
Vårningsplan 3	67
Vårningsplan 4	132
Vårningsplan 5	38
Vårningsplan 6	62
Totalt	486

Analysen gällande fall under 2023 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 eliminerad mörkertal i redovisningen

Åtgärd/framgångsfaktorn

- ✓ Se över rutinerna
- ✓ Samordna fler utbildningstillfällen

- ✓ Erfarenhetsbyte under samordnade möten
- ✓ Uppföljning av vidtagna åtgärder

Tabellen nedan visar 70 egenkontroller på sjuksköterskans journaler under 230101-231231

Finns information om...?	Ja	Nej	Kommentar
<b>Kontaktuppgifter</b>			
Planerings ansvarig personal	66	4	Ej arbetsterapeut och sjukgymnast
Närstående	67	3	
Uppgift om kontakt närstående nattetid	59	11	
<b>Bakgrund</b>			
ID-kontroll	70		
Används frastexter?	70		
Samtycke?	70		
Används frastexter?	70		
Medicinska diagnoser	70		
Är källa korrekt angiven?	67	3	
Ansvarig läkarorganisation	68	2	
Personfaktorer	63	7	
<b>Funktionstillstånd - ICF, mätvärden, bedömningsinstrument</b>			
Finns ICF-klassifikation? Har bedömningsfaktor använts? Finns det kompletterande fritext?			
Innehåller texterna tillräcklig information?			
Läkemedelsansvar	70		
Används frastext?	70		
Kommunikation	70		
Förflyttning	rehab		

Personlig vård	rehab		
Psykiska funktioner	69	1	Fattas orientering, aptit och sömn
Sinnesfunktioner och smärta	69	1	
Röst och talfunktioner	70		
Hjärt-kärlfunktioner...	66	4	
Matsmältning och ämnesomsättning...	70		
Funktioner i köns- och urinorgan	70		
Rörelserelaterade funktioner	rehab		
Funktioner i huden...	67	3	
Produkter och teknik	65	5	
Personligt stöd och personliga relationer			
Mätvärden	70		
Aktuella obligatoriska riskbedömningar	68	2	
Framgår eventuella risker?	ja		
Används sökord "tackar nej till bedömning" i förekommande fall?nej			
<b>Finns information om...?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Kommentar</b>
<b>Kartlagt hälsotillstånd</b>	59	11	
Bygger det kartlagda hälsotillstånd på data från delen funktionstillstånd? ja			
Framgår patientens delaktighet, önskemål och prioriteringar ja			
Där bedömning tyder på risk har man då agerat på det?			ja
Är analysen gjord i teamet? Av berörda yrkeskategorier?			ja
<b>Hälsoplan och ordinationer/åtgärder</b>			
Innehåller planen problem/risk?	68	2	
Innehåller planen avsett hälsotillstånd?	68	2	
Är avsett hälsotillstånd formulerat enligt SMARTA mål? ja			
Bygger planen på det kartlagda hälsotillståndet och patientens önskemål? nej			
Är hälsoplanen upprättad i teamet? Av berörda yrkeskategorier? ja			
Innehåller planen planerade (kopplade) ordinationer/åtgärder? ja			
Finns dokumentation av utförda ordinationer/åtgärder? Och/eller sammanfattning? ja			
Har uppföljning och utvärdering genomförts enligt plan? Gemensamt i teamet? Av berörda yrkeskategorier? ja			
Vid nytt funktionstillstånd, har det dokumenterats? ja			

Ordinationer/åtgärder för samordning och information			
Samordning/administration/planering	70		
Framgår syftet med konferens om/med patient och/eller närstående? ja			
Information/undervisning/rådgivning			
Framgår vilken information som förmedlats till patient/närstående? ja			
Palliativ vård i livets slutskede			
Dokumenteras all vård efter brytpunktssamtal i den "palliativa planen" ej aktuell			
Sammanfattningsvis			
Framgår det att man arbetar i team?	ja		
Kan hela vårdprocessen följas i dokumentationen? ja			
Framgår det om patienten varit delaktig i utformningen av sin vård? Vet ej			
Läkarkontakt, syfte brytpunktssamtal			Ej aktuell
Läkarkontakt: syfte läkemedelsgenomgång	69	1	

## Sammanfattning

HSL ansvarig sjuksköterska har journalgranskat 70 journaler under hela året 2023. Ytligare omvårdnadsansvarig sjuksköterska på avdelningar har granskat 4 valda journaler på respektive sjuksköterska. Resten journaler Hsl samordanre har granskat själv.

Totalt granskade journaler under år 2023 var 70 .

## Resultatet

Framkommer i tabellen ovan.

## Analys

I de flesta kontrollerade journaler var helheten bra. De flesta sjuksköterskor hade använt sig av fras texter samt att alla rubriker för status och anamnes är tydligt i journalen.

I analysens alla delar:

**Planeringsansvaret personal:** Fattades 4 av 70 journaler. Det fattades arbetsterapeut 3 journaler och 1 en journal fattades sjukgymnast.

**Närstående:** i 66 journaler finns anhörigas uppgifter. I 11 journaler fattas närstående kontakter pga inga närstående.

**Id- Kontroll:** Finns alla 70 journaler

**Samtycke:** Finns i alla 70 journaler

**Medicinska diagnoser:** Finns i alla 70 journaler

**Läkemedelsansvar:** Finns i alla 70 Journaler

**Mätvärden:** Finns i alla 70 journaler

**Kommunikation:** Finns i alla 70 journaler

**Röst och talfunktion:** Finns i alla 70 journaler

**Matsmältning:** Finns i alla 70 journaler

**Funktion i köns och urin organ:** Finns i alla 70 journaler

**Psykiska funktioner fattas i en journal**

**Hjärt funktion fattas i 4 journaler**

**Källa:** Fattas i 3 journaler av 70

**Ansvarig läkarorganisation:** Fattas i 2 journaler av 70

**Personfaktorer:** Fattas i 7 journaler av 70

**Syn funktion och smärta:** 1 fattades av 70

**Hudfunktion:** Fattades i 3 journaler av 70

**Produkt och teknik:** Fattades i 5 journaler av 70 fattades substans för eget bruk

**Aktuella obligatoriska risk bedömningar:** Fattades 2 av 70 journaler. Fattades pga ny inflyttade patienter som sedan blivit inskickad.

**Kartlagt hälsotillstånd:** Man har använt i 57 journaler av 70

**Samordning:** Har använts i alla 70 journaler.

**Palliativ vård i livets slutskede:** Ej aktuellt

**Brytpunktsamtal under läkare kontakter:** Ej aktuellt.

**Läkemedelsgenomgång:** Utfört i 69 journaler av 70

**Åtgärd:** HSL samordnare har tagit upp bristerna med varje ansvarig ssk på respektive plan, via checklistor och bett om komplettering angående bristande dokumentation. Brister gällande rehab har HSL samordnare mejlat till ansvariga för komplettering.

Vodokträff för alla Hsl dokansvariga ssk och ny anställda sskor varannan månad för att bli en då bättre i dok



Tabellen nedan visar antalet avlidna patienter på permanenta boende platser under perioden 230101-231231

Avdelning	Antal avlidna på Koppargården	Antal avlidna på sjukhus	Antal Registrerade patienter i palliativa registret	Totalt antal avlidna
Våningsplan 1	3	0	3	3
Våningsplan 2	3	1	3	4
Våningsplan 3	8	0	7	8
Våningsplan 4	3	2	3	5
Våningsplan 5	5	6	5	11
Våningsplan 6	3	1	3	4
<b>Totalt</b>	25	10	24	35

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 230101-231231

Avdelning	Antal registrerade	Antal icke registrerade	Uppdaterade
Våningsplan 1	27	0	27
Våningsplan 2	21	0	21
Våningsplan 3	29	0	29
Våningsplan 4	29	0	29
Våningsplan 5	26	0	26
Våningsplan 6	21	0	21
<b>Totalt</b>	153	0	153

Resultatet visar att vi har registrerat alla patienter under 2023.

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.

Framgångsfaktorn

Planering och kommunikation

Tabellen nedan visar antalet registrerade trycksår under perioden 230101-231231

Avdelning	Antal Upptäckta trycksår på enheten	Antal patienter inkomna med trycksår	Antal svårläkta sår	Totalt trycksår
Våningsplan 1	3	0	0	3
Våningsplan 2	5	1	0	5
Våningsplan 3	1	0	0	1
Våningsplan 4	1	1	0	1
Våningsplan 5	1	0	0	1
Våningsplan 6	1	1	1	1
<b>Totalt</b>	12	3	1	12

Resultatet visar en minskning med 8 st. trycksår under 2023 i jämfört med 2022.

Sammanfattning gällande ovan tabell

Under 2023 konstateras 12 nya fall av trycksår varav 3 fall av trycksår konstaterades i samband inflytt dvs patienterna hade redan sår när de flyttade in.

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

Åtgärd/framgångsfaktorn

- ✓ Se över rutinerna
- ✓ Samordna fler utbildningstillfällen gällande sårvård
- ✓ Erfarenhetsbyte under samordnade möten
- ✓ Uppföljning av vidtagna åtgärder

Tabellen nedan visar antalet registrerade Vårdrelaterade infektioner under perioden 230101-231231

Avdelning	ESBL	Hepatit B	MRSA	Hepatit C
Våringsplan 1	3	0	0	1
Våringsplan 2	1	0	0	0
Våringsplan 3	1	0	0	0
Våringsplan 4	1	0	1	1
Våringsplan 5	3	0	0	0
Våringsplan 6	2	0	0	1
<b>Totalt</b>	11	0	0	3

Tabellen nedan visar antalet registrerade Vårdrelaterade infektioner under perioden 230101-231231

Avdelning	UVI med suprapubisk KAD	UVI med urin KAD via urinröret
Våringsplan 1	2	7

Våringsplan 2	0	0
Våringsplan 3	1	10
Våringsplan 4	0	0
Våringsplan 5	0	11
Våringsplan 6	0	5
<b>Totalt</b>	3	33

Tabellen nedan visar antalet registrerade Vårdrelaterade infektioner under perioden 230101-231231

Avdelning	Sårinfektioner	Clostridium	Influensa	Pneumoni	Annan infektion
Våringsplan 1	3	15	5	5	4
Våringsplan 2	0	7	0	5	1
Våringsplan 3	1	0	0	7	1
Våringsplan 4	1	14	0	4	0
Våringsplan 5	2	15	0	10	0
Våringsplan 6	2	0	0	1	1
<b>Totalt</b>	9	51	5	32	7

#### Sammanfattning

Resultatet av infektionsregistrering och antibiotikabehandlade infektioner 2023 visar en minskning från 167 (2022) till 154.

#### Analys

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

#### Åtgärd/framgångsfaktorn

- ✓ Följt våra rutiner och uppföljningar av behandlingsinsatser och metoder
- ✓ Samordna fler utbildningstillfällen gällande Vårdrelaterade infektioner och hygien
- ✓ Erfarenhetsbyte under samordnade möten
- ✓ Uppföljning av vidtagna åtgärder

### **Sammanställning av genomförd egenkontroll av hjälpmedel – Rehabgruppen 2023**

Kontroll av alla medicintekniska hjälpmedel som används av boende på avdelningarna 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 på Koppargården.

#### **Resultat:**

#### **Antal:**

Lyftsele: Etikett går ej att läsa 17 st

Lyftsele: Utan inventarienummer 8 st

Lyftsele: Utan boendenamn/lgh nr 12st

Lyftsele: Smutsig 5 st

Lyftsele var i fel rum 1 st

Rollator: Utan inventarienummer

Rollator: Utan boendenamn/lgh nr 1 st

Rollator: Trasig, gick ej fälla ihop

Rollator: Smutsig 8 st

Rollator: Dåliga bromsar 13 st

Rollator: Gick ej att kontrollera

Rollator: Handtaget behöver ställas om 2st

Etac Cross rullstol: Felvända armstöd

Etac Cross rullstol: Smutsig 11st

Etac Cross rullstol: Trasig broms, rött handtag saknas

Etac Cross rullstol: Sittdyna behöver bytas

Etac Cross rullstol: saknar märkband 1 st

Etac Cross rullstol: lösa skruvar till nackstödet 1 st

HD-rullstol: Saknar gummi plopp till tippskydd 1 st

HD rullstol: trasig bålstödfästet 1 st

HD rullstol: ryggdynan gled ner 1 st

HD rullstol: smutsig 1 st

Sara Stedy: Smutsig

Sara Stedy: saknar ID bandet. 1st

Positioneringskudde: Smutsig 2st

Positioneringskudde: saknar överdrag 1 st

Draglakan: Två på varandra

Rohodyna: Behöver fyllas på luft 3 st

Sittdynan felvänd i överdraget. 1 st

Säng: Trasig 5st

Säng: Löst uppresningsstöd

Säng: Svart "plupp" saknas på grind

Säng: Smutsig 1 st

Säng: Trasig ryggsektion 5st

Säng: upphängningskrok saknas på handkontroll 1 st

Grindskydd: Glidit ner 14 st

Grindskydd: Smutsigt 1st

Grindskydd används inte 1 st

Duschstol: Löst ryggstöd/sits

Duschpall: Rostig 1st

Mobil duschstol: Saknar boendenamn/lgh nr 6 st

Mobil duschstol: Rostig

Mobil duschstol: Tygrygg glidit ner 15 st

Toaförhöjning: Lös 4st

Toaförhöjning används inte 1 st

Taklyft: Låter konstigt 7st

Taklyft: Ej på laddning 2 st

Taklyft: Smutsig

Taklyft: Används ej 2 st

Taklyft: Handkontroll/sladd trasig 1 st

Taklyft : ur funktion 2 st

Elgåbord: Ej på laddning

Elgåbord: Smutsig 2st

Fallskyddsmatta: Smutsig 9st

Fallskyddsmatta används inte 1 st

Vårdbälte smutsigt 2st

Vårdbälte: saknad hos boende 4st

## **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.

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.

#### **Rhodyna:**

Rhodynorna 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, upprensingsstöd 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 schampoo.

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.

#### **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.