

Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

KOPPARGÅRDEN OCH LIVIAGÅRDEN

20210301

Ewa Örjebo, Enhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	2
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	3
Övergripande mål och strategier.....	3
Organisation och ansvar.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	15
Resultat och Analys.....	16
Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården.....	20
Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården.....	21

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

- Vårdgivare får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
 - IVO (Inspektionen för vård- och omsorg) kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.
- Patientsäkerhetsberättelsen ingår i äldreförvaltningens kvalitetsledningssystem.

På boendet har patientsäkerhetsarbetet syftat till att verka förebyggande, åtgärdande och kvalitetshöjande genom kompetenshöjande insatser, dokumentation och uppföljningar/granskningar.

Coronapandemin har under större delen av 2020 påverkat patientsäkerhetsarbetet såtillvida att ett stort fokus lagts på att förhindra smittspridning genom att arbeta med basala hygienrutiner, skyddsutrustning, kohortvård och provtagning- och smittspårningsrutiner. Precis vid årets slut påbörjades även planering för vaccinering mot Covid.

Under 2020 har HSL journaler granskats gällande säkerställande av ställda krav avseende dokumentationen. Granskningen visade att boendet uppfyller kraven att varje boende har en fullt utförlig journal men har också visat vissa brister vilka verksamheten arbetat med under året och planerar att fortsätta åtgärda.

Registrering av patienter i kvalitetsregister såsom Senior alert och Palliativa registret har utförts av ansvariga sjuksköterskor. Registrering av alla infektioner samt sår sker månadsvis i infektionsregister. Läkemedelsgenomgångar har genomförts fullt ut liksom kontroller av basala hygienrutiner. Avvikelser har dokumenterats. För alla boende upprättas en genomförandeplan vilken uppdateras två gånger årligen enligt rutin.

En god och säker informationsöverföring mellan boendet och andra vårdenheter samt mellan olika yrkeskategorier på boendet säkerställer patientsäkerheten. Med förebyggande arbetsätt som utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet har boendet genom utbildningar arbetat aktivt med god läkemedelshantering, prevention av trycksår, undernäring, kost, fallprevention, spridning av smittsamma/resistenta sjukdomar och god munhälsa. Ständigt förbättringsarbete pågår. All omsorgspersonal har genomfört en webbaserad utbildning med inriktning demens/läkemedelshantering inför delegering.

Dietisten har varit verksam under hela året och varit tillgänglig utifrån verksamhetens behov.

Under året 2020 har de flesta planerade utbildningar blivit inställda på grund av Coronapandemin. Detta gäller bland annat den Silviahemscertifiering som planerats för Liviagården samt plan 5 och 6. Denna kommer genomföras under 2021.

Alla sjuksköterskor på demens avdelningarna har genomgått två dagars utbildning i BPSD och blivit administratörer i systemet.

Vi har registrerat alla boende med demensdiagnos i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) vilket har bidragit till att förbättra vårdkvalitén av patienter med demensdiagnos, detta kommer fortgå 2021.

Vi har arbetat med att fortsätta att utveckla avvikelshanteringen i alla led. Vi arbetar för en god och säker vård av god hygienisk standard och profylaktiskt med fall, fallskador, undernäring, trycksår, smärta och ångest.

All omsorgspersonal och även några sjuksköterskor har genomgått en utbildning i läkemedelshantering och läkemedelsöverlämnande utav en apotekare vid tre olika tillfällen. Syftet med utbildningen var med att ge omsorgspersonalen en grundläggande kunskap i läkemedelshantering och administrering av läkemedel.

Vi har arbetat aktivt med teammöten och vårdplaneringsmöten i mindre grupper och via Skype med anhöriga under pandemin.

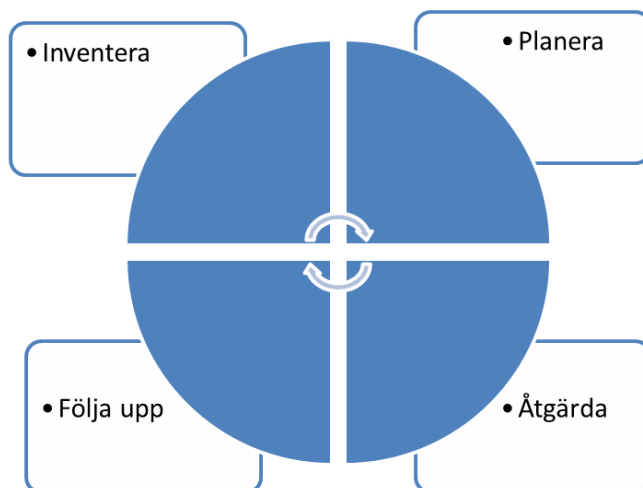
Planerade utbildningar i demens, sårvård, basala hygienrutiner, anhörigstöd, förflyttningsteknik och hjälpmedel, brandutbildning, dysfagi, psykiatriska diagnoser, BPSD, palliativvård, och dokumentation har i de flesta fall blivit inställda på grund av Coronapandemin. Många planeras i stället in under 2021.

Fokus har istället lagts på hygienutbildningar via Vårdhygien vid sex tillfällen och hygienobservationer. Sjuksköterskor har genomgått palliativutbildning digitalt via Palliativt Kunskapscenter.

STRUKTUR

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2



I verksamheten arbetar vi utifrån ovanstående modell.

Övergripande mål och strategier

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

Stadens struktur för ledningssystem är vägledande i identifiering av boendets övergripande mål och strategier. Boendet ska säkerställa god kvalitet i vården som ges genom konkreta vägledningsdirektiv. Boendet klargör ledningssystemet och mål, rutiner, metoder, och vård-

och omsorgsprocesser konkretiseras. Ledningssystemet beskriver hur och när uppföljningar och utvärderingar sker. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vi arbetar förebyggande med åtgärder för att minska risken för fall, trycksår, smärta, ångest och malnutrition. Detta genom att genomföra riskprevention för alla nyinskrivna patienter inom två veckor och vilken ska uppdateras var 6:e månad och vid förändrad status. Patienter som riskerar skador ska ha en hälsoplan upprättad och relevanta omvårdnadsåtgärder skall vidtas. Hälsoplanen skall följas kontinuerligt, utvärderas och revideras/uppdateras vid behov.

- Fortsatt rapportering och utveckling av avvikelshanteringen i alla led i syfte att leverera en god och säker vård. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten kring negativa händelser och eventuella uppkomna vårdskador. Uppföljningar görs kontinuerlig genom kvalitetsrådsmöte med teamet.
- Boendet fortsätter att arbeta för korrekt omvårdnads - och socialdokumentation
- Boendet ska fortsätta att verka för kompetensutveckling av sina medarbetare.
- Fortsätta att arbeta aktivt för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert.
- Säkerställ att alla boende får ett värdigt avslut i livets slutskede och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativa registret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett anpassat och rätt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning.
- Under april 2020 planerades träff med Tena för genomgång av inkontinens och inkontinensskydd vilket ställdes in på grund av pandemin.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Följa basala hygienrutiner i vård och omsorg. Egenkontroll hygien självskattning sker kontinuerlig via ansvarig hygien sjuksköterska på avdelningarna. Under 2020 har fler hygienombud utbildats som systematiskt observerar följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt under pandemin även korrekt användning av skyddsmaterial.

Organisation och ansvar

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschef

En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Enhetschefen svarar för att ge MAS och MAR förutsättningar för att fullgöra sina uppdrag.

- Enhetschefen ansvarar tillsammans med biträdande enhetschefer för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet.
- Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård.
- Enhetschefen ansvarar tillsammans med biträdande enhetschefer för att legitimerad personal har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.
- Enhetschefen ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- Enhetschefen ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- Enhetschefen ansvarar för att rutiner implementeras och följs.
- Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Bestämmelserna om vad en MAS ansvarar för har i och med den nya HSL flyttats från HSL till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS ansvarar för att

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

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR ansvarar för att:

- Kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla utifrån ett rehabiliteringsperspektiv
- Utarbetar rutiner kopplade till MARs ansvarsområde
- Utreder händelser av allvarigare grad inom rehabområdet vilka anmäls till IVO och Läkemedelsverket.
- Gör uppföljningar av vårdinsatser i verksamheten utifrån MAR-funktionens uppdrag.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska:

- Medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- Arbeta förebyggande
- Följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten samt hålla sig uppdaterad.
- Rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef
- Utföra egenkontroll med riskanalys
- Kontinuerligt följa upp sitt dagliga arbete och åtgärda vid behov.
- Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för patient och upprätta vårdplaner med aktuell åtgärdsplan och uppföljning
- Ansvara för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och kvalitetssäkras

Omvårdnads personal

Omvårdnadspersonalen är skyldiga följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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.

Under Coronapandemin har verksamheten skapat nya rutiner med säkra informationsöverföringar i form av rapport i mindre grupper, kontakt via mail och Skype och andra digitala forum för att minska risken för smittöverföring. Veckobrev till personal med information om nya riktlinjer och arbetssätt för att minska risken för smittspridning har skickats ut och risk- och konsekvensanalys med handlingsplan för Covid -19 har tagits fram i samråd med olika yrkeskategorier och fackliga representanter. Denna har uppdaterats vid behov.

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

Rapportering mellan legitimerad personal och omvårdnads personal sker enligt rutin för rapporter samt skriftligt via Parasol och kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser med aktuella instruktioner och ordinationer.

Det finns representanter i kvalitetsrådsmötet från verksamhetens olika professioner, vid inträffade händelser och incidenser diskuteras och analyseras. Kunskap delges som kan minska riskerna eller förhindras 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.

Covid avvikelser gällande brister i överrapportering vårdkedjan från slutenvård och geriatriskvård rapporteras till Regionen.

Kvalitetsråd hade vi bara tre gånger i början av året men resten av året råden blev inställda pga. rådande situationen. Ändå skrevs ut alla avvikelser ur avvikelsemodulen och sammanställdes, resultatet analyserades och presenterades till respektive avdelning till ansvarig sjuksköterska och ansvarig rehab. De skulle i sin tur föra vidare resultatet och åtgärderna till omsorgspersonalen på respektive sida. Allvarliga avvikelser togs även upp vid sjuksköterskemöten och rehabmöten.

Samverkan med andra vårdgivare

Vi samverkar med landstinget genom att säkerställa överrapportering genom att få aktuell omvårdnadsepikris, epikris från rehab, samt att aktuell medicinlista skickas med när boende/korttids patienter flyttas från sjukhus till Koppargården./Liviagården. Detsamma gäller när boende skickas till sjukhus så att aktuell status samt medicinlista skickas med. Eventuellt tillägg med information om andra vårdbehov såsom den sociala hemsituationen som kan inverka på patientens fortsatta situation, behov av medicinsktekniska produkter, specifika läkemedel, samt utökat vårdbehov. På boendet sker en samverkan med primärvården och kommunen för att säkerställa fortsatt vård. Patienten överrapporteras muntligt och skriftligt där orsaken till sjukhusinläggningen, tillämpade behandlingar och åtgärder samt fortsatt mål för vård diskuteras.

Under Coronapandemin har verksamheten även samarbetat med Smittskyddsenheten och smittspårningsenheten samt Vårdhygien för att i samråd med dem ta fram strategier för att minska risk för smittspridning.

När patienter flyttas mellan kommuner och landsting sker samverkan genom överrapportering, muntligt och skriftligt i syftet att säkerställa kontinuitet och undvika vårdskador. Reglerna och riktlinjerna skiljer sig åt mellan kommuner/landsting. Avvikelser i vårdkedjan har också överrapporterats vidare till rätt instans.

Boendet har en lokal samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisationen Familjeläkarna. På samverkansmötet närvarar enhetschef, biträdande chef för HSL, HSL samordnare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, MAS och MAR. På dessa möten sker uppföljning/ utvärdering av den gemensamma överenskommelsen, utveckling, genomgång av avvikelser och eventuella förändringar.

Boendet har också samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång. På boendet har ansvarig läkare tillsammans med ansvarig sjuksköterska genomfört läkemedelsgenomgångar. Dessa tillfällen har också varit en möjlighet att kontrollera patientens allmänna välbefinnande.

Boendet har haft samverkansmöten med beställarenheten, där man diskuterat brister som uppkommit i samband med inflyttning, utflyttning eller uppföljningar av korttidspatienter och tar fram rutiner för att förbättra och utveckla.

Vid ordination av medicinsk- och tekniska hjälpmedel sker intern samverkan mellan Koppargården/Liviagården och de tillhandahållande enheterna.

För övrigt sker samverkan med Regionen gällande läkemedelsförråd, Apoteket för att säkerställa läkemedelshanteringen, Flexident tandvård och tandvårdsstaben när det gäller munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt Smittskyddsenheten och Vårdhygien.

Vid samverkan med dessa aktörer diskuteras eventuella avvikelser och förslag för att förbättra rutiner, nya vårdprogram nyheter och statistik bland annat.

Vi har rapporterat avvikelser i vårdkedjan såsom doscentrum/apoteket.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten samverkar på olika sätt med såväl den enskilde samt närstående, om samtycke finns. Varje avdelning har ett anhörigombud. Såväl personal som chefer tar emot synpunkter och klagomål från boende och närstående. I övrigt, där det är aktuellt och finns samtycke, har närstående kontaktuppgifter till verksamheten, till enhetschef och biträdande enhetschef. Närstående får också tydlig information om att ringa eller maila ifall de har frågor eller synpunkter. När en boende flyttar in erhålls en ”Välkomstmapp” med information om boendet och kontaktuppgifter. Här finns också information om hur man lämnar synpunkter och blankett.

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska utföras och säkerställas. Verksamheten strävar efter att patientens delaktighet i sin egen vård även ska synas i dokumentationen av hälso- och sjukvård.

Direkt kontakt med anhöriga sker vid befarad risk för vårdskada. Kontakten sker per telefon och mail. Närstående träff hålls två gånger under året. Närstående och boende uppmuntras att kontakta sjuksköterska eller ledning om man har synpunkter på sin vård.

Under pandemin har verksamheten säkrat informationsöverföring till anhöriga och närstående via närståendebrev vilka skickats ut mer frekvent än vanligt, minst en gång i månaden och oftare vid behov. Särskilt viktigt har detta varit under de perioder som möjlighet till besök har begränsats. Under dessa perioder har närstående kunnat ha kontakt med boende via Facetime och Skype och besök har även kunnat bokas utomhus och i vissa fall även inomhus i boendes lägenhet. Vid vård i livets slutskede har besök tillåtits enligt framtagen rutin under pandemin.

Normalt bjuder Enhetschefen in till ”Anhörigråd” där de anhöriga kan delta som önskar främja utvecklingen av verksamheten och arbeta fram förslag på åtgärder tillsammans med ledningsgruppen och ta till vara de synpunkter och klagomål som inkommit. Under 2020 har endast ett möte genomförts på grund av pandemin. Närståendeträffar brukar också anordnas vilket inte varit möjligt under 2020.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapporterar händelser direkt till legitimerad personal och ansvarig biträdande enhetschef. Sjuksköterskan informerar boende/närstående. När avvikelser bedöms allvarlig rapporteras detta även till enhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras eller inte. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt kontakt med MAS-/MAR beroende på vilken typ av avvikelse det handlar om.

Avvikelser som skett tas upp med inblandad personal. Ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut följer upp vad som har orsakat händelsen och säkrar upp att rutiner följs för att det inte skall hända igen. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok. Samtliga avvikelser skrivs ut och sparas i en pärm. Enheten har kvalitetsråd 1gång/ månad. Medverkande på kvalitetsråd är enhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och kvalitetsombud på respektive plan. MAS och MAR är även delaktiga ibland. På

kvalitetsrådet går vi igenom och för statistik på samtliga avvikelser under föregående månad. Vi analyserar olika samband som kan finnas för att se om det t.ex. finns skäl att justera någon rutin. På rådet diskuteras också rutiner, synpunkter och klagomål och övriga utvecklingsområden relaterat till de inkomna avvikelserna. Minnesanteckningar/protokoll som förs förmedlas till övriga medarbetare på arbetsplatsträffar. Under 2020 har kvalitetsråden inte kunnat genomföras på normalt sätt – avvikelser har återkopplats till personal på rapporter, sköterskemöten, rehab möten och andra forum.

Klagomål och synpunkter

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

När klagomål och synpunkter mottagits i verksamheten sker handläggningen enligt den processbeskrivning som finns. Klagomålet eller synpunkten överlämnas till närmsta chef. Därefter påbörjas utredning av vederbörande chef som tillsammans med medarbetare tar fram underlag och bereder ärendet skyndsamt. Återkoppling sker inom 2 veckor till berörda parter och personalen delges. Synpunkter och klagomål sammanställs.

Vid inflyttning lämnas en Välkomstmapp till närstående och boende. I denna finns bland annat blankett gällande synpunkter och klagomål samt kontaktuppgifter till chefer. Sjuksköterskor informerar också om rutinen vid ankomstsamtal. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst samma dag.

- Alla medarbetare har kunskap om hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål.
- Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.
- Enhetschef och ansvarig sjuksköterska informeras snarast.
- Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till MAS eller MAR samt till avdelningschef.
- Vi har tydliga platser där man kan lämna klagomål samt inhämta information
- För att underlätta för vårdtagare och närstående att uttrycka klagomål och synpunkter finns

brevlådor för synpunkter/klagomål vid våra hissar. Vi har även skickat ut "synpunktsblanketter" till närstående tillsammans med vårt anhörigbrev. Denna finns även i ett ställ vid brevlådan. Övrigt informationsmaterial finns i ett ställ på bottenvåningen vid boendesamordnare.

Egenkontroll

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

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapportera kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård. Verksamheten har under 2020 arbetat med att förbättra och utöka arbetet med egenkontroller. Detta innefattar även analys och sammanställning av resultaten för att utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll som kvalitetsverktyg är en relevant och användbart verktyg där vi kunnat identifiera förbättringsområden i verksamheten. Egenkontroller ökar även insynen i verksamheten och ökar boendets kvalitet. Resultatet från egenkontrollerna följs på verksamhetens kvalitetsråd och arbetsplatsträffar.

Sjuksköterskorna kontrollerar månadsvis signeringslistorna för läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser så att dessa är korrekt ifyllda. HSL ansvarig sjuksköterska utför egenkontroll på signeringslistor avsedda för läkemedel som ges av sjuksköterskor. Vid upptäckt fel och brist upprättas en avvikelse och återkoppling sker till enhetschef samt berörd personal och sjuksköterska. Vid avvikelser inom läkemedelshandlingen och andra hälso- och sjukvårdsinsatser så diskuteras detta i ledningsgruppen och på kvalitetsrådet för att se hur processen kan förbättras och kvalitetssäkras. Återkoppling sker till personalgruppen. Rehabpersonalen kontrollerar sina signaturlistor för rehab ordinationer och återkopplar till biträdande enhetschef och berörd personal om brister upptäckts. Avvikelse upprättas om brister skett i utförandet.

Vi har under året haft granskningar och uppföljningar såsom:

Kvalitetsindikatorer, risk och konsekvensanalyser i egna hemmet, larm och skyddsåtgärder, läkemedelsuppföljning/genomgång, hygienkontroller, journalgranskningar. Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Infektionsregistrering har utförts, vi följer observation och självskattningen gällande basala hygienrutiner. Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner genom observation en gång/månad samt självskattning.

Egenkontroll av narkotika preparat har gjorts enligt rutin under året. Avvikelse har inrapporterats.

Egenkontroll av signeringslistor för patienter med sondmat har gjorts under året då vi haft patienter med Peg.

Egenkontroll av riskbedömningar har gjorts i Senior alert under året.

Ansvar för granskning av HSL journaler innehar biträdande enhetschef och samordnare för hälso- och sjukvården som efter granskningarna återkopplar till ansvariga sjuksköterskor. Ett verktyg för denna granskning är dokumentet ”Verksamhetens Egen Utvärdering”. En grundmall som arbetats fram av HSL biträdande chef och samordnare för HSL dokumentation sedan tidigare. Mallen syftar till att verksamheten ska få en uppfattning av sin dokumentationsmognad samt skapar förutsättningar/grundar för utvecklande dialog. Dokumentet skapar också möjlighet till egenkontroll som kan synliggöra behov av kompetensutveckling gällande dokumentation i enlighet med Vodok/ICF och Kvå.

Kravet i granskningen är att alla boende har en aktuell omvårdnadsanamnes och omvårdnadstatus, utförda riskbedömningar enligt rutin, upprättade av omvårdnadsplaner med följande omvårdnadsåtgärder.

Parasolombud granskar Sol- dokumentation så att alla boende har en uppdaterad genomförandeplan Vi följer arbetet med genomförandeplaner via våra ParaSol ombud som stöttar sina kollegor i arbetet med att ta fram dessa. ParaSol ombuden har månadsvisa möten med ParaSol handledare för att gå igenom behov av uppdatering och annat kring skrivandet av genomförandeplanerna.

Alla förskrivna hjälpmedel registreras på boende med inventarienummer och samlas i pärm samt även alla hjälpmedel som är inköpta till huset. Omsorgspersonalen ansvarar för egenkontroll av funktion månadsvis i samband med rengöring.

Sjukgymnaster/ arbetsterapeuter kontrollerar regelbundet underhållsbehovet. Enhetschef i samråd med sjukgymnaster och ansvarar för att besiktning av taklyft och mobila liftar sker årligen.

Besiktning personlyftar genomfördes hösten 2020 och besiktning av sängar genomförs i februari 2021. Produkter med anmärkning åtgärdas. Omvårdnadspersonalen gör funktionskontroller löpande vid daglig omvårdnad.

Det finns en lokal rutin för ansvarsfördelning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster på Koppargårdens Vård- och omsorgsboende. Enligt den lokala rutinen har respektive profession ansvaret att ta kontakt med ett certifierat och upphandlat företag. Eventuella behov av service och reparationer som upptäcks efter genomförd årlig besiktning åtgärdas.

I enlighet med Stockholms stads nya mat-och måltidspolicy (2019) har nattfastan registrerats vid ett tillfälle detta år. Det användes en annan blankett jämfört med tidigare och den mäter den faktiska nattfastan vilket betyder den mat/dryck som den boende faktiskt har fått i sig. Resultatet för hela Koppargården visar på en positiv trend, men resultatet skiljer sig mellan de olika avdelningarna och det beror delvis på bristfälligt ifyllda blanketter. Framgångsfaktorer för väl ifyllda blanketter är att medarbetare informeras samt att vid skifte av varje arbetspass och rapport kontrollera och påminna om att blanketten ska fyllas i. Vem/vilka som gör detta är olika på avdelningarna och beslutas lokalt.

Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalys

På Koppargården arbetar enhetschef, biträdande enhetschefer och legitimerade personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används blanketter för avvikelserapportering och klagomål/synpunkter. Dessutom görs en riskanalys vid inskrivning av nya patienter. Under Coronapandemin har en risk – och konsekvensanalys med handlingsplan tagits fram specifikt för att förutse och hantera risker relaterade till Covid. Denna har regelbundet uppdaterats.

Rutiner för arbetet med att minska risken för smittspridning av Covid -19 har tagits fram. Dessa innefattar bland annat när och hur skyddsmaterial används, hur vi arbetar med basala hygienrutiner, när vi arbetar med kohortvård, när provtagning och smittspårning sker, hur vi arbetar med hur boende och personal håller säkert avstånd i våra lokaler.

- Systematisk uppföljning av avvikelser har genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.
- Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.
- Egenkontroll (HSL) har genomförts som beskrivits tidigare.
- I de fall det finns delegering har delegeringsutbildningar getts till berörd personal, även vid förändrat behov eller vid nyanställningar. Samtlig personal har genomgått webbaserad utbildning ”jobba säkert med läkemedel” för att kunna få delegering. Denna skall göras en gång per år så att delegeringen kan förnyas/ förlängas.
- Samtliga i personalen har under 2020 genomgått utbildning i basala hygienrutiner. Fler hygienombud har utbildats i samarbete med Vårdhygien.

- Planerad utbildning för omvårdnadspersonal i munvård ställdes in pga. pandemin.
- Sjuksköterskor skulle få utbildning i sårvård vilket ställdes in.
- Arbetet med kollegial observation har fortgått för omvårdnadssituationer. Vi planerar att utöka arbetet med kollegial observation under 2021 till att innefatta även måltidssituationer. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitet och patientsäkerhet.
- Dokumentationsutbildning har genomförts för leg. HSL personal, vilket syftat till att säkra dokumentationen.
- Språkbuden fortsätter att stötta sina kollegor med exempelvis dokumentation som en del i en satsning på den sociala dokumentationen med mål att ge en bra kontinuitet i vården och förbättra delaktigheten i vårdens utförande.
- Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna handleder omvårdnadspersonalen i funktionsbevarande arbetssätt så att patienterna bibehåller sina förmågor.
- Våra palliativa ombud har varit på digitalt nätverksträff under hösten 2020 som PKC centrum anordnande med syfte att ge utbildade palliativa ombud stöd i sitt fortsatta arbete. Ett palliativt ombud förväntas sprida kunskap om palliativ vård på sin arbetsplats, inom sitt arbetslag, i vårdnära arbete. Omsorgspersonal och några sjuksköterskor har deltagit i PKC träff digitalt under 2020.
- Vi byter kontinuerligt ut slitna medicintekniska produkter såsom vårdsängar, golvlyftar, lyftselar med mera
- Dietist är ett komplement i arbetsteamet och konsulteras vid behov. Samarbetet sker också genom kostombuden i verksamheten. Dietist har uppdaterat regler för nutrition och rutiner gällande nutrition i samråd med Västerorts MASar och övriga dietister i staden. Under året 2020 har dietisten varit inkopplad 104 gånger, för 2019 var motsvarande siffra 170. Orsaken till färre dietistkontakter beror på att dietisten varit mindre synlig ute på boendet pga pandemin men också att feedback från sjuksköterskor visar att de är mer nöjda med de rutiner och goda råd de redan erhållit av dietist och därmed klarar fler uppgifter självständigt. De avdelningarna som har kontaktat dietist fler gånger är kortisavdelningar samt somatiska avdelningar med PEG-patienter.
- 12 behandlande madrasser av Curocell 4 är inköpta. Flera MTP köptes in under december 2020 vilka ska bidra till en trygg och god säker vård.
- Rutiner för egenkontroll har uppdaterats och förtydligats.
- Kvalitetsuppföljning från apoteket med farmaceut genomfördes digitalt.
- All personal har under 2019 genomgått brandutbildning. Under 2020 inställd på grund av pandemin. Nya datum inplanerade 2021.
- Kollegialgranskning av dokumentation av hälso- och sjukvård, återkoppling och lärande diskussioner.
- Fortlöpande egenkontroll av medicintekniska produkter sker på enhetsnivå.
- Rutiner för inloggningsuppgifter till nyanställd personal för åtkomst till olika kvalitetsregister och läkemedelssystem ses över så att det sker utan dröjsmål.
- Under 2020 har installation av nytt digitalt trygghetslarm. Pga. pandemin har dock implementeringen dröjt och kommer avslutas under 2021.

Riskbedömningar

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risker uppdateras en åtgärdsplan.

Riskbedömningar;

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring, ROAG (munhälsobedömning) och trycksår
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).

Ovanstående riskbedömningar skall utföras inom 14 dagar vid inflytt. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas.

Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska bedömningarna erbjudas snarast.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer;

- egenkontroll av infektioner
- fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- registreringar i nationella register.

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Nutrition/Undernäring

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutritionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutritionsbedömning används riskbedömning MNA, Mini Nutritional Assessment.

Dietisterna i Västerort har arbetat tillsammans med läkare och sjuksköterska i att utreda, ordinera, behandla och följa upp nutritionsbehandlingen utifrån nutritionsstatus/diagnos.

Trycksår

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning Modifierad Nortonskala ska användas.

Munhälsobedömning ROAG

ROAG står för "Revised Oral Assessment Guide". ROAG är ett bedömningsverktyg som tillämpas i arbetet med munhälsovård för äldre. Det är ett riskbedömningsverktyg för sjukvårdspersonalen för att i förebyggande syfte kunna göra en typ av bedömning av den orala hälsan hos patienten och erbjuds alla patienter vid inflytt.

Fall

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex. Vi följer även upp fall som inträffar och vidtar åtgärder.

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Som del i det hälsofrämjande arbetssättet ska riskbedömning inkontinens göras med bedömningsinstrumentet riskbedömning blåsdysfunktion NIKOLA.

Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning gjord, som är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet. Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

Kvarliggande kateter (KAD) i urinblåsan används endast på läkarordination.

ADL- Aktiviteter

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en bedömning av sin ADL-förmåga, Aktiviteter i Dagliga Livet avseende personlig vård, i syfte att identifiera vårdtagare som med hjälp av träning eller förebyggande åtgärder såsom strategiska insatser eller hjälpmedel kan bli mer självständiga i sin personliga vård och/eller minska risk för skador ex. fallolyckor. Även ADL bedömningen identifierar risker och erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Sunnås.

Medicintekniska produkter/hjälpmedel

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har lokal rutin för MTP och har fördelat ansvaret för verksamhetens hjälpmedel mellan sig och ansvarar för att i dialog med chef och kollegor köpa in dessa hjälpmedel vid behov. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster ansvarar för att ha listor för var hjälpmedel är placerade i huset. Sängar och taklyftar besiktigas årligen och att fel åtgärdas. Övriga hjälpmedel funktionskontrollernas en gång per år eller vid behov. Lyftselar kontrolleras var sjätte månad. Löpande funktionskontroller görs vid daglig omvårdnad av personal, rehab meddelas om åtgärder behövs. Rehab beställer och återlämnar hjälpmedel från hjälpmedelscentralen utifrån patienternas behov och dokumenterar detta i Vodok.

Senior Alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som används för patienter inskrivna bl.a. i kommunal hälso- och sjukvård. Varje patient registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

Användning av Senior alerts register innebär att vårdprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

På verksamheten registreras alla som gett sitt samtycke i Senior Alert.

Svenska Palliativ Registret

Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Palliativ vård ska tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets

slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Vi registrerar alla boende som avlidit på enheten i Svenska palliativ registret.

Nationell Patient Översikt (NPÖ)

Verksamheter i egen regi i Hässelby - Vällingby har åtkomst till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Syftet med NPÖ är att få en samlad information för att kunna ge patienten en god och säker vård. I NPÖ finns patientens vårdhistorik och vårdbehov från andra vårdgivare. Endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av patientinformationen i den sammanhållna journalföringen som har betydelse för vården av patienten i syfte att kunna förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Med sammanhållna journalföring menas ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare som slutenvård och primärvård. För att få ta del av NPÖ krävs patientens samtycke och att man har en patientrelation samt att det har betydelse för vården av patienten.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Verksamheten påbörjar utredning vid misstanke om vårdskada. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och bakomliggande orsaker för att förhindra att samma eller liknande händelser upprepas.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

De flesta avvikelserna som inkommit har kunnat hanteras inom verksamheten.

En Lex Maria har anmälts under 2020 avseende fallskada och en anmälan till IVO gällande verksamhetens åtgärder vid avrådan från besök.

Verksamheten har vid två tillfällen gjort en egen utredning vid risk för vårdskada.

Avvikelser gällande missad administration av läkemedel har registrerats men är färre än 2019. Falltrauman som lett till faktur har inträffat och fallförebyggande och rehabiliterande åtgärder har vidtagits.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inga loggkontroller har utförts under året. Loggkontroller kommer utföras under 2021. Stockholmstad har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid

registerhållning och driftsleverantören säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Resultat och Analys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Under Coronapandemin har ett omfattande arbete kring patientsäkerheten relaterat till Covid-19 genomförts. Ett stort antal testningar har genomförts både rutinmässigt och vid misstanke om smitta. Kohortvård har använts vid misstänkt eller konstaterad smitta. Vi har haft tydliga rutiner kring arbetet med basala hygienrutiner och skyddsmaterial som uppdaterats när direktiv från myndigheter eller Regionen ändrats. Vi konstaterar att tillgången på skyddsmaterial periodvis under pandemin varit bristfällig.

Koppargården har haft konstaterad smitta på boendet under en period under våren, mars-juni och fick sedan in smitta igen i slutet av september. Även personal har varit smittade och i en del fall har vi haft anledning att tro att smitta kan ha kommit in via personal. I andra fall är det troligt att smittan kommit från slutenvården eller från besök i vården från boendet.

På grund av besöksförbud och i vissa fall pågående smitta med smittspårning har en del utvecklingsinsatser inte kunnat genomföras som planerat. I gengäld har vi arbetat hårt med hygienrutiner, städrutiner, hygienutbildningar och hygienobservationer och vi har ofta fått hitta nya arbetssätt för att lösa uppkomna situationer.

Vi har arbetat utifrån den riskanalys med handlingsplan som utarbetats och uppdaterats efter behov. Ett närvarande ledarskap har troligen påverkat det förhållandevis goda resultat vi haft när smitta kommit in, vi har lyckats isolera och begränsa smittan framgångsrikt. Generellt sett har närvaron av smitta på Koppargården speglat smittan i samhället.

Riskbedömningar görs även för personalens arbetsmiljö i arbete hos boende. Dessa riskbedömningar görs i samband med inflyttning samt vid behov. Handlingsplaner upprättas om risker identifieras.

Egenkontroll av genomförda riskbedömningar i Vodok under året 2020 redovisas i HSL-journalgranskning.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal har skyldighet att medverka till god kvalitet och fortlöpande uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet. Hur arbetet med avvikelshantering utförs beskrivs i lokal rutin.

Avvikelse som bedöms som allvarliga hanteras snarast. Dessa rapporteras omgående till MAS/ MAR samt dokumenteras och övriga avvikelser diskuteras i verksamhetens forum för ändamålet.

Egenkontroll

Vi har arbetat med att patientsäkra dokumentation genom att HSL-personal kontinuerligt fått fortutbildning i dokumentation.

Dokumentationsgranskningen och fortbildningen förväntas resultera i att HSL-personalen följer upp och arbetar med att kvalitetssäkra dokumentationen och följer de riktlinjer som finns.

Egenkontrollen av signeringslistor visade att det fanns fortfarande osignerade luckor men självklart blivit mycket bättre än hur det var förut.

Egen kontroll av 14 patientjournaler i Vodok under november 2020

Planerings ansvariga ssk,usk	2	12
Planerings ansvariga arbetsterapeut,sjg	2	12
Samtycke	0	14
ID-kontroll	0	14
Medicinska diagnoser	0	14
Personfaktorer, eget önskemål vid livet slut	10	4
Vårdkontakter	0	14
Pågåendevård, Läkareorganisation	0	14
Läkemedelansvar	0	14
Kommunikation	0	14
Mellanmänskliga relationer, familjen	7	7
Psykiska funktioner aptit, sömn, kognitiv, oro	0	14
Sinnesfunktioner, syn ,hörsel, smärta	0	14
Talfunktion tänder, tunga, läppar	0	14
Hjärta och kärlfunktion Andning respiration	0	14
Hudkostym	0	14
Produkt/teknik eget bruk	2	12
Service tjänster, färdtjänstkort, sjukresa kort	1	13
Läkarkontakt	0	14
Elimination, avföring, trög magen	0	14
Elimination urin, KAD	0	14
Ordination/åtgärd samordning	0	14
Vårt i Livets slut	Ej aktuell i dessa journaler	

Bedömningsinstrument/status	Utförd inom 14 dagar	Risk? ja	Hälsoplan Upprättad?	utvärderingsdatum
Downton	5/14	13/14	1/14	En dubbel hälsoplan
Norton	7/14	0/14	0	finns
MNA	8/14	3/14	0	finns
Roag	9/14	0/14	0	finns
Kartlagt hälsotillstånd ,om risk finns enligt poängskalan .	11/14	11/14	0	Ej aktuellt

Analys av resultat

Tydlig förbättring av dokumentationen jämfört med förra året. Brister finns dock och dessa har tagits upp med berörda sjuksköterskor för åtgärd. Bristerna redovisas i tabellen ovan. Egenkontrollerna skall hållas levande och verksamheten kommer att fortsätta med dessa egna kontroller. Från och med oktober 2020 har det bestämts att journaler för permanent boende patienter skall vara kompletta inom 2 veckor efter inflyttning och med komplett journal menar man uppdaterad anamnes, status samt alla riskbedömningar, omvårdnadsplaner och dylikt.

Egenkontroll missade signaturer omvårdnadspersonal december 2020

Plan	missade signaturer
Liviagården	11
Avd 2	10
Avd 3	16
Avd 4	12
Avd 5	20
Avd 6	24

Analys av resultat

Antal missade/ ej signerade läkemedel varierar i antal på olika våningsplan. Detta kan bero på att på vissa avdelningar påminner kollegorna varandra om att man missat att signera på signaturlistan trots att man gett läkemedel eller om man missat att ge. Missade signaturer finns både för kl 08.00 mediciner samt kl 20.00 mediciner, sällan nattmediciner. Kolla på tabellen ovan för antal missade signaturer. Vi fortsätter med egenkontroller av signaturlistor personal varje månad under 2021 och uppmuntrar personalen att påminna varandra.

Missade signaturer SSK veckokontroll December-20

Vecka Månad	Våning	Osignerade listor	Ej givna läkemedel
December	Livia	0	0
	Pl.2	0	0
	Pl.3	0	0
	Pl.4	0	0
	Pl.5	508 525	22/1 kl 08.00 29/1 kl 08.00
	Pl.6	622	22/1 samt 26/1 kl 20.00

Analys av resultat

Det är väldigt få missade läkemedel/signaturer av sjuksköterskor på olika våningsplan. Sjuksköterskorna påminner varandra om att man missat signaturer på signeringslistor. Man har tagit upp med tjänstgörande sjuksköterska som missat läkemedel för åtgärd och eventuell avvikelse. Egenkontroll av missade signaturer/ givna doser sjuksköterskor görs en gång i månaden. Brister tas upp och åtgärds.

Egenkontroll narkotika preparat November 2020

Avdelning	avvikelse
Skåp plan 2 basförråd	ua
Skåp plan 6 basförråd	ua
Liviagården privat	ua
Plan 2 privat	ua
Plan 3 privat	ua
Plan 4 privat	ua
plan 5 privat	ua
Plan 6 privat	ua

Genomförd egenkontroll av narkotikaredovisning

Sjuksköterskor på varje plan har utfört egenkontroll/ kontrollräkning av narkotiska preparat både i basförrådet och även för individuella regelbundet, ovan är ett exempel på egen kontrollen som gjordes under November 2020. Förbrukningsjournaler förvaras i 2 olika pärmar på plan 2 samt plan 6 ena märkt med basförråd och andra individuell, på resterande våningar finns endast en pärm avsedd för individuella narkotiska preparaten.

Resultat

Kontrollräkning av narkotiska preparat utförs enligt rutin. Inget avvikande. Sjuksköterskor redovisar allt uttag. Avvikelse rapporteras till HSL ansvarig ssk för utredning.

Sammanfattning/åtgärd

Mycket bättre resultat jämfört med förra året. Viktigt att man påminner varandra och planerar i tid för kontroll av narkotiska preparat. Avvikelse skall rapporteras till ansvarig. Räkna alltid några gånger, gärna flera personer, leta överallt innan man rapporterar saknat läkemedel. Nästa tillfälle för granskning/ egenkontroll är under våren.

Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården

Avvikelsehanteringen ökar patientsäkerheten genom att risker, tillbud och negativa händelser rapporteras. Uppkomna avvikelser undersöks, bearbetas och dokumenteras. Handlingsplaner upprättas och åtgärder skapas, tillämpas och utvärderas. Avvikelser diskuteras i Kvalitetsrådet

på APT i team möten och i de dagliga morgonrapporterna både avseende bakomliggande orsaker och lärdomar som kan dras, liksom behov av revidering av rutiner.

Resultat

Riskbedömningar

Egenkontroll av genomförda riskbedömningar /Vodok under året 2020 redovisas i HSL-journalgranskning, som verksamheten har ansvar för.

Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården

Läkemedelsavvikelse	Total	2018	2019	2020
All avvikelser av olika sorter		X	88 st varav 12 st Liviagården	59 st varav 5 st Liviagården
Övrig/annat		61	61	26
Utebliven administrering				13
Utebliven signering		18	20	13
Fel iordningsställt läkemedel		4	16	2
Vårdkedjan		7	0	1
Specifik omvårdnad/rehab		11	0	5 varav 1 st trycksårsprofylax

Inga dokumenterade avvikelser Trycksår i Vodok. verksamheten brukar redovisa antal trycksår i kvalitetsindikatorer som finns i hälsosjukvårds mapp dock statistiken av okänd anledning har försvunnit. Målet för 2021 är att sjuksköterskor ska föra in nya trycksår (grad 2-4) i avvikelsemodulen/Vodok, samt skriva hälsoplan för dessa. HSL ansvariga har det övergripande ansvaret att se till detta utförs.

Brister i vårdkedjan skickas/vidarebefordras till den vårdgivare den gäller av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Fall avvikelser i Vodok 200101-201231

Koppargården/ Liviagården	Antal registrerade fall 2019	Antal registrerade fall 2020	Fall som lett till fraktur 2019	Fall som lett till fraktur 2020
Liviagården	32	70		1
Plan 2 permanenta	53	66		2
Plan 3	114	72		3
Plan 4	115	83		7
Plan 5	28	23		2
Plan 6 permanenta	35	13		0
Totalt			6	15

Senior Alert

Verksamheten har haft som mål att under året 2020 registrera alla patienter i Senior Alert. Egen kontroll av Senior Alert visar att alla boende är registrerade i registret dock vissa brister har funnits. Vissa riskbedömningar skulle förnyas enligt rutin. Få avlidna var inte avslutade. Vissa åtgärder som skulle följas upp enligt tidsplan var icke utförda.

Registrering av Senior Alert Koppargården 2021-02-16 visar följande:

Liviagården 26 registrerade
Plan 2 21 registrerade
Plan 3 29 registrerade
Plan 4 23 registrerade
Plan 5 18 registrerade
Plan 6 18 registrerade

Palliativt register

Verksamheten registrerar i Palliativt register, men för att uppnå en god smärtlindring behöver smärtskattning göras kontinuerligt och på ett strukturerat sätt. Det idag vanligaste smärtskattningsinstrumentet är VAS/NRS, som kräver aktiv medverkan av personen med smärta och kan inte användas vid kognitivt nedsatt förmåga. Abbey Pain Scale är ett validerat instrument, som har tagits fram för att bedöma smärta hos patient med demens i sent palliativt skede. Mål för 2021 är att under den sista levnadsveckan görs fler smärtskattningar med smärtskattningsinstrument och vid munhälsobedömningar används bedömningsverktyget ROAG.

Sammanställning av statistik/kvalitetsindikatorer under året

Statistiken för plan 3 har försvunnit i mappen av okänd anledning.

9 nya trycksår som han uppkommit på verksamheten
 25 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan 0700-1600
 16 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan 1600-2100
 6 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan 2100-0700
 15 patienter föll som så att det ledde till fraktur
 44 patienter avled på boendet

Sammanställning av infektionsregistrering, antibiotikabehandlade infektioner

22 registrerade pneumonier (lägre än hälften jämfört med år 2019)
 9 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare med kateter) betydligt lägre än 2019
 46 registrerade urinvägsinfektioner, (har ökat i antal än år 2019)
 21 registrerade influensa. Betydligt högre än år 2019
 30 virusorsakade maginfluensa , enorm skillnad , plan 4 drabbades hårt av Calici virus i början av år 2020.
 46 sårinfektioner (har ökat markant i antal än år 2019)
 16 ”annan hud-mjukdelsinfektion” lite högre än förra året
 6 Clostridium difficile diarré , högre än förra året.
 19 annan infektion (betydligt högre än 2019)

Vårdrelaterade infektioner år 2020

	ESBL	Hepatit B	MRSA	Hepatit C
Liviagården,	0	0	0	2
Plan 2	1	0	0	0
Plan 3	1	0	0	1
Plan 4	0	0	2	0
Plan 5	1	1	0	0
Plan 6	0	0	0	0

Klagomål och synpunkter

Enheten har mottagit följande:

Två klagomål avseende bristande rutiner i informationsöverföring-, dessa har utretts, återkopplats och åtgärdats.

Ett ärende gällande besöksavrådan, anmält till IVO av anhörig.

Ett ärende gällande bemötande - har utretts och återkopplats.

En synpunkt på boendes tillstånd vid ankomst till sjukhus har inkommit - har utretts och återkopplats

Händelser och vårdskador

En Lex Maria har anmälts under 2020 avseende fallskada.

Verksamheten har vid två tillfällen gjort en egen utredning vid risk för vårdskada, en gällande fall och en gällande fel administrering av insulin.

Avvikelser gällande missad administration av läkemedel har registrerats men är färre än 2019. Falltrauman som lett till faktur har inträffat och fallförebyggande och rehabiliterande åtgärder har vidtagits.

Risikanalyser

Vi arbetar systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används blanketter för avvikelserapportering och klagomål/synpunkter. Dessutom görs en riskanalys som dokumenteras i det sociala dokumentationssystemet vid inskrivning av nya patienter.

Risikanalyser av arbetet med och hos boende görs både ur patientperspektiv och ur arbetsmiljöperspektiv. Resultaten följs upp och handlingsplaner upprättas.

Systematisk uppföljning av avvikelser och åtgärder genomförs och återkopplas till ansvariga. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Egenkontroller har genomförts som beskrivits tidigare.

Kollegiala observationer ser vi som ett bra verktyg för egenkontroll och riskanalys och dessa utförs i områden som omvårdnad, måltidssituationer, aktiviteter och bemötande. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitet och patientsäkerhet.

Mål och strategier för kommande år

Att genom systematiskt arbete med personcentrerad vård och omsorg förbättra den upplevda kvaliteten på boendet och att arbeta för verksamhetens mål enligt verksamhetsplanen.

Utvärdering sker bland annat genom brukarundersökning och resultat av uppföljningar och egenkontroller.

Vi räknar med att Coronapandemin även under 2021 kommer påverka arbetet och säkerställer att vi har en beredskap för eventuell smittspridning. Dock kommer de flesta boende vara vaccinerade liksom personalen vilket minskar risken för en omfattande spridning.

Hög utbildningsnivå, förbättringsåtgärder, vårdutveckling och kvalitetsfrågor samt kompetens försörjning är prioriterade områden för att nå hög kvalitet. Samverkan med anhöriga och bondes delaktighet i vård- och omsorg är viktiga parametrar för att nå till en personcentrerad vård där boende och närstående är en naturlig del av arbetsteamet.

Vi planerar att registrera alla boende med demensdiagnos i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) vilket kommer att bidra till att förbättra vårdkvalitén för patienter med demensdiagnos.

Verksamheten kommer fortsätta att arbeta aktivt med egenkontroller och utveckla arbetet med att sammanställa och analysera resultaten.

Boendet kommer att bedriva ett fortsatt arbete med att implementera rutiner och förbättra arbetet kring risker, analyser av dem samt resultatet av dessa analyser

Fortsätta att rapportera och utveckla avvikelshanteringen i alla led. All vårdpersonal ska vara delaktiga och alla ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser och eventuella uppkomna vårdskador.

Vi fortsätter att arbeta aktivt för en säker läkemedels- och delegeringsprocess och en korrekt omvårdnads - och socialdokumentation samt en god och säker vård av god hygienisk standard.

Vi kommer fortsätta arbeta profylaktiskt med fall, fallskador, undernäring, trycksår, smärta och ångest och säkerställa att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning.

Vi fortsätter att säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier.

Boendet ska fortsätta att verka för kompetensutveckling av sina medarbetare. Flertal utbildningar var inbokade för år 2020, men ställdes in på grund av pandemin.

Den Silivahemscertifiering som planerades 2020 för våra somatiska avdelningar samt psykiatriavdelning planeras in hösten 2021.

Språkombuden fortsätter att stötta sina kollegor med exempelvis dokumentation med mål att ge en bra kontinuitet i vården och förbättra delaktigheten i vårdens utförande.

Rehab fortsätter att utbilda och handleda personalen i ergonomi och lyftteknik. De får själva också vidareutbildning för att förbättra sina egna kunskaper inom området som är viktigt både för boende och personal.

Vi planerar att arbeta för en bättre kontinuitet med vikarier med målet att inte blanda in så många personer i våra boendes omvårdnad.

Rutiner för introduktion av nyanställda ses över för att säkra upp att alla får en väl genomförd introduktion som följs upp.

I samarbete med läkarorganisationen Familjeläkarna påbörja att regelbundet genomföra multidisciplinära fallronder, och att enligt rutin genomföra läkemedelsgenomgångar så att alla våra boende får en korrekt och lämplig läkemedelsbehandling.

Dietist kommer bistå att implementera Stockholm stads nya Mat- och måltidspolicy i verksamheten.

I enighet med Stockholms stads Mat- och måltidspolicy utföra måltidsobservationer 2 ggr per år och därmed fortsätta utveckla mat och måltidssituationen för våra boenden.