

**Patientsäkerhetsberättelse**

**KOPPARGÅRDEN OCH**

**LIVIAGÅRDEN**

**År 2021**

2022 03 01

Mohammad Arghashi, Enhetschef

**Innehåll****Innehåll**

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och anhörigas delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	11
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
Resultat och Analys.....	13
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och arbetet inför 2022.....	18

**Sammanfattning**

Koppargården består av 174 lägenheter som är placerade på sex våningsplan. Verksamheten erbjuder permanentboende, korttidsboende och växelvård med inriktning på demens och somatisk vård. Verksamheten inkluderar även Liviagårdens verksamhet, som riktar sig till äldre, som har en psykisk funktionsnedsättning.

Uppdraget avser driften och inkluderar sociala tjänster samt hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och av omvårdnadspersonal på delegation. Enheten erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser dygnet runt när det gäller sjuksköterskor. Fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska insatser finns på vardagar under kontorstid.

Patientsäkerhetsarbetet under 2021 omfattades till stor del av upprätthållande av omvårdnadsinsatser utifrån den rådande pandemin, där fokus varit att på att reducera smittspridningen. Risk- och konsekvensanalys med handlingsplan gällande Covid -19 har också tagits fram i samråd med olika yrkeskategorier och fackliga representanter. Dokumenten uppdaterades vid behov.

Enheten följde strikt samtliga rekommendationer från såväl Folkhälsomyndigheten, Arbetsmiljöverket, Smittskyddsenheten och Regionen, som de från Äldreförvaltningen/Stockholm stad. Vaccination mot Covid-19 genomfördes med utfall över förväntan. Då det gällde boenden avslutades året med vaccindos tre.

**Mål 2021**

- Hantering av pandemin för att minska smittspridning.
- Förebyggande arbete för att minimera risker, alla patienter ska ha uppdaterade riskbedömningar med hälsoplaner.
- Minskat antal läkemedelsavvikelse samt förbättrad inrapportering av händelser som är kopplade till läkemedelsavvikelse.
- Egenkontroller, granskningar och uppföljningar genomförs för att nå målet.

Utförda aktiviteter för att följa upp hur hälso- och sjukvårdskvalitet och patientsäkerhet har varit:

**Pandemin**

Verksamhetens har haft följsamhet till samtliga riktlinjer

Systematiskt följt upp basala hygienrutiner genom iakttagande från hygienombud, klädregler samt korrekt användning av skyddsmaterial och skyddsutrustning. Egenkontroll av basala hygienrutiner samt självskattning har genomförts.

**Riskbedömningar**

Riskprevention för alla nyinflyttade har genomförts. I riskpreventionen ingår risken för fall, trycksår, smärta och malnutrition. Registrering i nationella kvalitetsregistret gällande Senior Alert, BPSD och Palliativregistret. Registrerat och rapporterat samtliga sår och infektioner, månadsvis, i infektionsregister.

**Läkemedelshantering**

Uppföljning av delegeringsprocessen.

Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

**Egenkontroller**

Egenkontroller som genomfördes enligt planering. Loggkontroll för att säkerställa att obehöriga inte har tillgång till patientinformation har genomförts.

Hälsoplaner följdes upp kontinuerligt, utvärderades och uppdaterades vid behov. Relevanta omvårdnadsåtgärder har vidtagits. Nattfastemätning utfördes vid två tillfällen.

**Kompetensutveckling**

Handledning av personal i nutrition, måltidssituationer och nattfasta.

Regelbundna kostråd med kostombud (måltidsombud), ansvarig chef och måltidsleverantör.

Handledning av omvårdnadspersonal av arbetsterapeut och fysioterapeut i funktionsbevarande arbetssätt, så att patienterna bibehåller sina förmågor. Anordnat nätverksträffar för dokumentationshandledare.

Utbildningarna för Silviahemscertifiering beräknas vara klara 2022.

Utbildningar gällande aktiv trycksårsprevention, undernäring, kost, fallprevention och god munhälsa.

Kvalitetsrådsmöte har genomförts.

**Avvikelsehantering**

Inrapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och inkomna klagomål och synpunkter har hanterats och åtgärdats.

**Samverkan**

Samverkan i vårdprocessens mötesstruktur och teamarbete inom och framför allt olika yrkeskategorier.

Kompetensutveckling i vård i livets slutskede för sjuksköterskor inom palliativvård via Palliativt Kunskapscenter.

God samverkan har skett med regionen, biståndsenheten, apotek, läkare, dietist, tandvård, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, omvårdnadspersonal och ansvariga chefer.

Samordning av vårdplanering erbjuds och skapar goda förutsättningar för patienters och anhörigas delaktighet.

**Övergripande mål**

Stadens struktur för ledningssystem har varit vägledande i identifiering av övergripande mål och strategier:

- Ledningssystemet och mål, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser konkretiseras.
- Beskrivning av hur och när uppföljningar och utvärderingar sker.
- En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Målet är en god, säker och trygg hälso- och sjukvård med insatser dygnet runt för alla patienter som vistas på Koppargården.

**Strategier för att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet**

Enheten gör en strukturerad planering för att kunna intensifiera enhetens riskbedömningar gällande fallolyckor, undernäring och trycksår, funktionsförmågebedömning i det dagliga livet (ADL), munhälsobedömning (ROAG), riskanalys vid nyinflyttad patient, egenkontroller (inklusive medicintekniska produkter) samt granskningar. En systematisk uppföljning i enlighet med planeringen i årshjulet av inrapporterade avvikelser samt uppföljning av vidtagna åtgärder genomförs liksom utredning av allvarliga händelser, såsom vårdskador. Uppföljningarna tas upp i teambaserade grupper där de olika yrkeskategorierna ingår.

**Organisation och ansvar****Nämndens ansvar**

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) upprätthålls för att förhindra att vårdskador uppstår.

**Verksamhetschef**

Enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa patienternas behov av trygghet samt att kontinuitet i arbetet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ansvarar för att ge MAS och MAR förutsättningar för att fullgöra sina uppdrag.

Verksamhetschefen ansvarar tillsammans med biträdande enhetschefer för:

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

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

Inom kommunala hälso- och sjukvården har vi en MAS funktion.

MAS har ett tydligt ansvarsområde för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

**Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

Inom kommunala hälso- och sjukvården har vi en MAR funktion.

MAR har ett tydligt ansvarsområde för att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvårds insats, utifrån ett rehabiliteringsperspektiv för patienten inom kommunens ansvarsområde.

**Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal består av legitimerad sjuksköterska, vars kompetensområde är omvårdnad, samt legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut, vars kompetensområde är habilitering och rehabilitering. Legitimerad dietist ansvarar för säkerhetsställandet av ett gott nutritionsomhändertagandet. Målgruppen innefattar främst patienter med ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter, undernäring eller undervikt. Målsättningen är också att individen ska få så god livskvalitet som möjligt i sina sista tider i livet.

Inriktningen på hälso- och sjukvården är hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet tvärprofessionellt och processorienterat. Hälsofrämjande omvårdnad, habilitering och rehabilitering innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa samt att återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Arbetet utgår från ett salutogent synsätt där personal tillvarar patientens fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. Det centrala är också att stärka och uppmuntra patientens delaktighet.

Alla hälso- och sjukvårdsinsatser omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9).

Legitimerade professioner har en skyldighet att kontinuerligt bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom ett aktivt förebyggande arbete.

Här följer några aktiviteter som utförs/fullgörs av legitimerade professioner:

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten.
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten samt hålla sig uppdaterad inom aktuella områden.
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroller
- kontinuerligt följa upp sitt dagliga arbete och åtgärda vid behov.
- ansvara för att utföra risk- och preventionsbedömningar för patienter och upprätta hälsoplaner med aktuell åtgärdsplan och kontinuerligt uppföljning.
- ansvara för att insatser av hälso- och sjukvård utförs samt att måluppfyllelser fortlöpande utvärderas och kvalitetssäkras.
- delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal.
- ge stöd, handledning och vägledning till omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet.

### **Delegerad personal**

Hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till omvårdnadspersonal. Inför varje delegeringsbeslut görs det ett kunskapstest ("Jobba säkert med läkemedel").

Delegeringen är personbunden, den gäller ett år och den förnyas årligen. Delegering får endast ges när det är förenligt med en god och säker vård. Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar arbetsuppgifter ansvarar också för att omvårdnadspersonal som får delegeringen har förutsättningarna för att fullgöra uppgiften.

Beslut om en indragen delegering görs/bedöms av legitimerad personal i samråd med ansvarig chef.

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

Samverkan i den egna verksamheten omfattades av ledningsgruppträffar, samverkan med olika professioner, teamforum, möten med fackliga representanter, kommunikation via Skype och andra digitala forum med de berörda bl. a. med närstående, MAS och MAR.

Samverkan med andra vårdgivare/externa har bland annat varit med:

- Läkarorganisationen, samverkansavtal finns med läkarorganisationen Familjeläkarna, de ansvarar för läkarinsatser. Verksamheten har en ansvarig läkare samt tillgång till jourläkare under dygnet.
- Beställarenheten – Biståndshandläggare/kö-handläggare inom Stockholms stad.
- Regionen Stockholm, bl.a. vårdhygien, smittskydd, hjälpmedelscentralen, logoped samt hörselkonsulent.
- Apoteket/dos apoteket (Svensk dos).
- Gode män och förvaltare.
- Tandvård – tandläkare och tandhygienist.
- Varuförsörjning gällande skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial och övriga medicintekniska produkter.
- Fotvårdsterapeut.

### **Patienters och anhörigas delaktighet**

Vid ankomst av nyinflyttad patient samlas samtycke och övriga kontaktuppgifter in. Detta dokumenteras i journalen. Verksamheten bjuder in patienten och anhöriga till vårdplanering. Där diskuteras hur vården ska utföras och säkerhetsställas utifrån behov. Den boendes delaktighet i sin egen vård ska synas i dokumentationen av hälso- och sjukvård. Den boende uppmuntras att kontakta sjuksköterska eller chefer ifall de har synpunkter på sin vård. När en boende flyttar in får hen en "Välkomstmapp" med information om boendet och kontaktuppgifter till verksamheten, biträdande enhetschef och enhetschef.

Där samtycke från den boende finns, och anhöriga vill, lämnas kontaktuppgifterna ut även till anhöriga. Även anhöriga uppmuntras att vara delaktiga i den vård deras närstående får. De anhöriga kan ringa eller maila

ifall de har frågor eller synpunkter. Både personal och chefer tar emot frågor eller synpunkter. Svar på frågor/synpunkter ska lämnas så snart som möjligt men senast inom två veckor.

På varje våning finns ett anhörigombud och två gånger per år hålls anhörigträffar, dessa pausades under 2021. Enhetschef bjuder in till möte för de anhöriga som vill delta. Syftet är att anhöriga, tillsammans med ledningsgruppen, ska delta i utvecklingen av verksamheten samt i framtagandet av förslag på förbättringsåtgärder. På anhörigrådet kan de anhöriga även lämna synpunkter och klagomål. De gemensamma anhörigträffarna har på grund av pandemin tillfälligt varit inställda. Dock har enheten vid behov eller vid uppkomna avvikelser haft möte med enskilda anhöriga, antingen via Skype eller fysiska träffar.

Under pandemin har verksamheten säkrat informationsöverföring till anhöriga via brev som 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 anhöriga kunnat ha kontakt med boende via Facetime och Skype. Under sommaren kunde besök bokas till bestämda platser i trädgården. När restriktionerna lättades på under hösten gick det att boka besök på avdelningarna. Fortfarande gällde begränsning i antal besökare per tillfälle och hygienrutiner som handsprit och munskydd. Vid vård i livets slutskede har besök tillåtits enligt den rutin som tagits fram under pandemin.

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

Alla omvårdnadspersonal är skyldiga att rapportera avvikelser till legitimerade personal och ansvarig biträdande enhetschef. Om/när en händelse bedöms vara allvarlig informeras även enhetschef som tar ställning till om avdelningschef ska informeras.

MAS/MAR blir informerade om de allvarliga händelser som berör hälso- och sjukvårdsavvikelser. Vem som informeras beror på vilken typ av avvikelse handlar om. Inblandad personal blir informerade och ingår i utredningsprocessen.

Avvikelsen följs upp av ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. I uppföljningen utreds vad som har orsakat händelsen samt hur rutiner ska följas för att samma incident inte ska upprepas igen. Avvikelse och uppföljning dokumenteras av legitimerad personal i Vodok.

Kvalitetsråden har möte en gång per månad, här tas aktuella inrapporterade avvikelser upp. På kvalitetsråden deltar biträdande enhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och kvalitetsombud från respektive plan. MAS och MAR deltar vid behov. På kvalitetsråden analyseras samband/orsak, rutiner, synpunkter och klagomål samt utvecklingsområden som är relaterade till inrapporterade händelser. Vid behov skrivs/införs nya rutiner som en åtgärd. En intern utredning är alltid aktuellt för att ta reda på bakomliggande orsak till händelsen. Statistik förs och finns alltid över alla inrapporterade avvikelser. Minnesanteckningar/protokoll från kvalitetsråden förmedlas till all personal på arbetsplatsträffarna.

### **Klagomål och synpunkter**

Enhetschef har en utarbetad rutin för hur klagomål och synpunkter ska tas emot. Personalen ansvarar för att rapportera till ansvarig biträdande enhetschef och ansvarig legitimerad personal när de tagit emot synpunkt eller klagomål. Utredning genomförs alltid. Ansvarig chef tillsammans med berörda medarbetare samlar in information/ett underlag om vad som har hänt. En återkoppling till berörda ges inom ca två veckor.

Klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och vid behov upprättas en åtgärdsplan/handlingsplan. Klagomål rapporteras till enhetschef, MAS eller MAR.

I välkomstmappen finns kontaktuppgifter till ansvariga chefer och en blankett gällande rutiner för synpunkter och klagomål. Boende/anhöriga får denna information vid inflyttning på boendet (samma information ges även muntligt vid ankomstsamtal med sjuksköterskan). Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är en viktig del i det ständigt pågående kvalitetsarbetet på enheten. Synpunktsblanketter finns, förutom i välkomstbrevet, i ett ställ på bottenvåningen vid boendesamordnare och vid hissarna. Blanketterna kan alltid lämnas in i särskilda brevlådor som är avsedda för detta.



**Egenkontroll**

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård. Under 2021 har enheten arbetat med att förbättra och utöka arbetet med egenkontroller. Det har också innefattat arbetet med analys och sammanställning av resultaten för att utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll som kvalitetsverktyg är ett relevant och användbart verktyg där vi kunnat identifiera förbättringsområden. Egenkontroller ökar även insynen i verksamheten samt höjer boendets kvalitet. Resultatet från egenkontrollerna följs upp på verksamhetens kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Dessa egenkontroller har utförts månadsvis under 2021 av sjuksköterskor samt samordnare i hälso- och sjukvårdsgruppen:

- av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- av hälsoplaner.
- Av uteblivna signaturer/ej givna läkemedel av omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor.
- av narkotikaklassade läkemedel med inrapporterade avvikelser.
- av basala hygienrutiner samt självskattning.
- av medicintekniska produkter (MTP).
- av riskbedömningar och registrering i Senior alert, Palliativt register och BPSD register.
- av loggkontroller som gäller patientjournaler samt personal/användare i verksamhetssystemet Vodok.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Infektionsregistrering	En gång/månad	Infektionsregistrering, verksamhetens eget underlag
Kvalitetsindikatorer	En gång/månad	Kvalitetsindikatorer, verksamhetens eget underlag
Basala hygienrutiner och klädregler	Fler gånger/år	PPM mätning och underlag framtaget av Vårdhygien
Larm		
Loggkontroll, Vodok och NPÖ	1 gång per år Vodok	I NPÖ en gång/år från och med 2022
Avvikelser	En gång/månad	Vodok
Trycksår/Norton	2 ggr/år samt vid behov	Vodok
Munhälsa/ROAG	2 ggr/år samt vid behov	Vodok
Fall/Downton	1 gång/år samt vid behov	Vodok
Nutrition/MNA	2 ggr/år samt vid behov	Vodok
Nattfasta	2 ggr mars-nov	Dokument framtaget av dietist
Patientens klagomål och synpunkter	kontinuerligt	Klagomål som inkommer, utreds inom 14 dagar

Läkemedelshantering , Signeringslistor	1 gång per månad	Verksamhetens eget underlag
Narkotisk klassat läkemedel	1 gång per månad	Verksamhetens eget underlag

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	Minst 2 ggr/år	Verksamhetens eget underlag.
Medicintekniska produkter, MTP	2 ggr, mars och september	Verksamhetens eget underlag
Senior alert	Vid inflyttning och förändrad status eller 1gång/år samt vid behov	Senior alert
Delegering	1-2 gånger per år	Vodok

### Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

#### Risikanalyser

För att förutse och hantera risker relaterade till covid-19 togs en risk- och konsekvensanalys specifikt fram för detta 2020. Den har uppdaterats regelbundet under 2021. Det togs även fram rutiner för att minska risken för smittspridning som bland annat innefattade när och hur skyddsmaterial används, arbetet med basala hygienregler, arbetet med kohortvård, provtagning och smittspårning samt hur boendet arbetar med hur personer, både boende, personal och besökare, håller säkert avstånd i lokalerna.

Verksamheten genomför även riskanalyser i samband med nedanstående situationer:

- vid förändringar i verksamheten
- inför sommarplaneringen
- vid värmebölja
- vid inflyttning

Riskbedömningar och rapportering av kvalitetsindikatorer är en del av det preventiva arbetet med att kartlägga patienternas hälsotillstånd och tidigt upptäcka eventuella risker. Åtgärdsplan skrivs vid behov.

Riskbedömningar innefattar:

- Fallolyckor, undernäring och trycksår.
- Funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).
- Munhälsobedömningen (ROAG)

Ovanstående riskbedömningar utförs inom 14 dagar vid inflyttning. De bedömningsinstrument som finns i Vodok används. Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska bedömningarna erbjudas snarast.

#### Åtgärder

Kvalitetsindikatorer och registrering i kvalitetsregister:

- Egenkontroll av infektioner
- Fall som har lett till fraktur eller annan skada samt totala antalet fallolyckor.
- Utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- Registreringar i nationella register.

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Enhetschef, biträdande enhetschefer samt legitimerad personal arbetar systematiskt med bearbetning av kvalitetsbrister och förbättringsarbete på boendet. Blanketter för avvikelserapportering, inkomna synpunkter samt riskanalysen som görs vid inskrivning av patienter använd som underlag.

- Fler hygienombud har utbildats i samarbete med Vårdhygien.
- Omvårdnadspersonal fick utbildning i munvård och god munhälsa.
- Sjuksköterskor skulle få utbildning i sårvård vilket ställdes in. Utbildningen kommer att hållas under 2022.
- Arbetet med kollegial observation har fortgått för omvårdnadssituationer. Den kollegiala observationen omfattar även måltidssituationer. Syftet med arbetet är att höja kvalitén och patientsäkerheten.
- Dokumentationsutbildning har genomförts för legitimerad HSL personal, vilket syftar till att säkra dokumentationen.
- Arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna handleder omvårdnadspersonalen i funktionsbevarande arbetsätt så att patienterna bibehåller sina förmågor.
- Kollegial granskning av dokumentation av hälso- och sjukvård, återkoppling och lärandediskussioner.
- Rutiner för inloggningsuppgifter till nyanställd personal för åtkomst till olika kvalitetsregister och läkemedelssystem ses över så att det sker utan dröjsmål.
- Fallpreventionsarbete och insatser.
- Handledning av omvårdnadspersonal, via rehabgruppen, i funktionsbevarande arbetsätt så att patienterna bibehåller sina förmågor.

#### **Utredning av händelser – vårdskador**

Sammanställning och analys

De flesta avvikelserna som inkommit under 2021 har kunnat hanteras inom verksamheten. Två händelser, där i utredningen framkom vårdskada, har anmälts som lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

#### **Informationssäkerhet**

Stockholms stad har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för 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 ska regelbundna loggkontroller av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal/användare i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ genomföras. Under november månad har kontroll av loggade användare genomförts av samordnare och biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården. Sammanställningen av loggkontrollen i Vodok visar att inga avvikelser förekommit.

## Resultat och Analys

### Egenkontroll

#### Sammanfattning av Covid -19

Ett omfattande arbete kring patientsäkerheten relaterat till Covid-19 har genomförts. Ett stort antal testningar har genomförts både rutinmässigt och vid misstanke om smitta. Kohortvård har använts vid misstänkt eller konstaterad smitta.

Rutiner kring arbetet med basala hygienrutiner och skyddsmaterial har uppdaterats när direktiv från myndigheter eller Regionen ändrats.

Koppargården har haft konstaterad smitta på boendet under en period under våren och slutet av sommaren 2021. På grund av arbete med smittspårning har en del utvecklingsinsatser inte kunnat genomföras som planerat. I gengäld har vi arbetat hårt med hygienrutiner, städrutiner, hygienutbildningar och hygienobservationer. 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 framgångsrikt lyckats isolera och begränsa smittan.

#### Sammanfattning och analys av egenkontroller

##### Sammanfattning av egenkontroll gällande hälso-sjukvårdsdokumentation i Vodok

Detta utfördes enligt planeringen i mars och juli efter en egenskapad mall. I oktober gjordes en egenkontroll utifrån Stockholm stads mall för granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Vi kunde se en tydlig förbättring från föregående år av dokumentationen. Vissa uppgifter saknades och några uppdateringar behövdes, men detta kunde kompletteras/åtgärdas direkt.

Resultatet visade att sjuksköterskorna har använt frastexter i dokumentationen och de flesta sökorden är ifyllda med aktuell information.

##### Analys och åtgärd

Resultatet av dokumentationsgranskningen visade tydligt att legitimerad personal uppfyller kriterier i dokumentationen och följer upp de riktlinjer som finns. Bedömningen är att fortbildningsinsatser som helhet har bidragit till ett förbättrat arbete för att kvalitetssäkra dokumentationen.

Öppenhet inom gruppen bidrar till att eventuella brister hanteras professionellt i gruppen.

##### Sammanfattning av egenkontroll gällande hälsoplaner

Egenkontrollen genomfördes under september månad. Enheten kartlade risk för undernäring och trycksår, hälsoplan, dokumenterat datum för uppföljning, planerade åtgärder och utvärdering av hälsoplan. Här kunde enheten konstatera vissa brister. I vissa journaler saknades uppgifter om datum för uppföljning, planerade åtgärder och utvärdering av hälsoplan.

##### Analys och åtgärd

Att ett stort antal hälsoplaner omfattades av egenkontrollen gav en god bild av hur väl hälsoplanerna inom verksamheten uppfyller kraven och vilka brister som finns. Reflektion och erfarenhetsutbyte upplevdes positivt av arbetsgruppen och gav underlag för lärande, utveckling och åtgärder.

##### Sammanfattningen av egenkontroller för administrerat läkemedel av omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor

Egenkontrollerna visar periodvis ett relativt högt antal avvikelser avseende signering av administrerade läkemedel.

**Analys och åtgärd**

Egenkontroll av administrerade läkemedel förs månadsvis och det syns skillnader i antalet avvikelser mellan olika månader, främst syns en ökning av avvikelser under sommarmånaderna. Enheten har genomfört en översyn av sin rutin och genom information och handledning arbetat för att öka kunskapen och förståelsen för vilka konsekvenser avvikelser har för enskilda patienter.

**Sammanfattning av egenkontroll gällande narkotisk klassat läkemedel med inrapporterade avvikelser.**

Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel i akutläkemedelsförrådet och patientbunden narkotika utfördes minst en gång per 30-dagarsperiod samt vid behov. Det är alltid två sjuksköterskor som kontrollräknar. Vissa mindre avvikelser som kan härledas till brister i dokumentation eller avräkning upptäcktes under året. Vid ett tillfälle när narkotikaklassat läkemedel saknades gjordes efter bedömning en polisanmälan och MAS informerades omedelbart.

**Analys och åtgärd**

När narkotikaklassat läkemedel saknas och upptäckts under kontrollräkningen informeras samtliga tjänstgörande sjuksköterskor om detta. Det finns kunskap och vetskap hos ansvariga sjuksköterskor om hur man kan gå vidare, och vad som är nästa steg. Det finns tydliga rutiner på hur avvikelser registrerats.

Enheten har samordnare som följer upp händelsen och fortsätter med täta kontroller.

Enheten ser kontinuerligt över sina rutiner för att säkerställa minimerade narkotikaavvikelser.

Enheten kommer att under början av 2022 byta till digitala medicinskåpet hos patienterna. De nya skåpen är digitala och öppnas via telefon. Detta system är spårbart för att kunna följa inträffade avvikelser.

**Sammanfattning av egenkontroll gällande basala hygienrutiner samt självskattning**

Detta genomfördes dels genom självskattning och dels genom observation och uppföljning av basala hygienrutiner, arbetskläder samt basala hygienrutiner. Egenkontrollerna genomfördes på alla våningsplan.

Uppföljning av basala hygienrutiner gjordes systematiskt genom iakttagande från hygienombud av följsamheten till basala hygienrutiner såsom användning av handsprit, klädregler samt korrekt användning av skyddsmaterial och skyddsutrustning.

**Analys och åtgärd**

Enheten har genom egenkontrollerna kunnat se att följsamheten till de basala hygienrutinerna har varit god.

Ett fåtal avvikelser har observerats vid användning av munskydd eller visir.

Enheten återkopplade direkt till de berörda som inte följde rutinerna. Utbildningsinsatser, handledning och vägledning gällande basala hygienrutiner har skett regelbundet och fortlöpande under året.

**Sammanfattning av egenkontroll gällande medicintekniska produkter**

Egenkontroller genomfördes enligt planeringen. Dokumentationen förs in i verksamhetens journalsystem. Generellt på alla våningsplan finns det några fall av trasiga och gamla sängar, lyftmotorer, duschpallar, rollatorer, rullstolar, sittdynor/överdrag, toalettförhöjningar Hi-Loo, förflyttningsplattformen Sara Steady och taklyft. Några få fall sågs också där det fanns fel sorts draglakan eller två draglakan över varandra i stället för glidlakan och draglakan.

**Analys och åtgärd**

Det är mycket slitage på en del medicintekniska produkter. Det finns god kunskap, kompetens och färdighet hos fysioterapeut och arbetsterapeut för att åtgärda uppkomna brister och fel. Inköp/hyra av nya medicintekniska produkter sker ständigt med intervall. Produkterna är individuellt anpassade eller behovsanpassade efter verksamheten, för att kunna utföra ett säkert och god och trygg vård. Information ges fortlöpande och regelbundet till personalen Förflyttningutbildningar genomförs regelbundet i enlighet med verksamhetens årsplanering. Syftet med utbildningen är att personal ska kunna hantera hjälpmedel på ett korrekt sätt.

**Sammanfattning av egenkontroll gällande riskbedömningar i Senior alert.**

Enhetens mål har varit att under 2021 kunna registrera alla patienter i Senior Alert, här inkluderas alla riskbedömningar (Downton för fall, Norton för trycksår, MNA för att identifiera äldre patienter som löper risk för undernäring och ROAG (Revised Oral Assessment Guide) vid bedömningen av ohälsa i munnen. Resultatet visade att de flesta boende registrerades enligt planeringen och åtgärder vidtogs. Ett fåtal brister kunde identifieras, men detta kunde åtgärdas av ansvarig hälso- och sjukvårds personal.

**Analys och åtgärd**

Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2021 visar att verksamheten behöver utveckla sitt arbetssätt för att hinna med utförandet gällande åtgärder vid risk. Enstaka patientfall konstaterades gällande trycksår, ofrivillig viktminskning samt upprepade fall av en och samma patient. Flera av våra patienter bedömdes ha risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3. Tandvårdsinsatser och planerade åtgärder har vidtagits för att hantera detta.

**Genomförda utbildningar och kompetenshöjande insatser/aktiviteter**

Koppargården har under 2021 haft munvårdsutbildningar för all personal vid flera tillfällen. Målet var att utbilda all personal så att de kan bidra till bättre munhälsa hos boende.

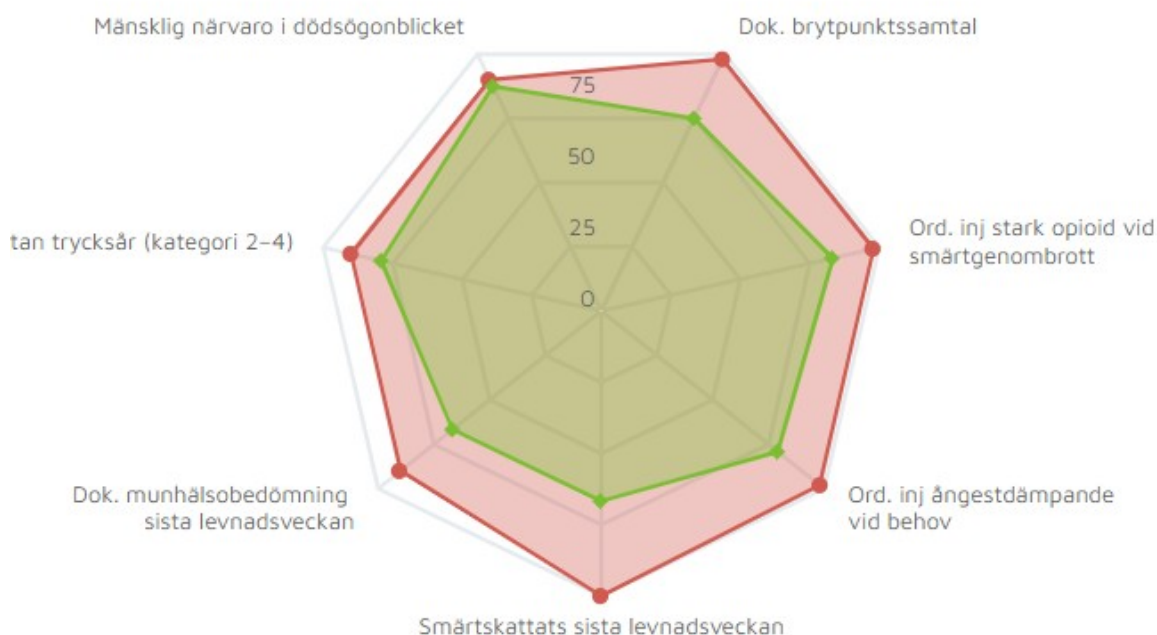
Trycksårutbildning samt madrassutbildning har genomförts av Care of Sweden för legitimerad personal samt för omvårdnadspersonal under 2021.

Digitala nutritionsutbildningar med fokus på äldre och diabetes samt äldre och malnutrition har genomförts under 2021 för legitimerad personal. HSL möten planerades så att sjuksköterskor hade möjlighet till erfarenhetsutbyte kring äldre och nutrition.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2021-01 - 2021-12



Upplevelsen har varit att pandemin hade påverkan på den palliativa vården som enheten är van att utföra. Ett antal patienter avled väldigt hastigt, inom några få dagar, därför blev möjligheterna begränsade för att fullgöra palliativ vårdplan och brytpunktssamtal.

Vi har uppmärksammat svårigheterna vid användning av smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS, som kräver aktiv medverkan av personen med smärta. Detta kan inte tillämpas fullt 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. Verksamheten behöver under 2022 arbeta för att nå målvärden på smärtskattning under den boendes sista levnadsvecka/levnadsdagar (målvärde 100 %), brytpunktssamtal (målvärde 98 %), dokumenterad munhälsa vid sista levnadsveckan (målvärde 90 %) och ordination av läkemedel vid behov (målvärde 98 %).

Palliativa ombuden har träffats enligt planering två gånger per termin under året. På mötena har man haft kunskap- och erfarenhetsutbyte och ombuden har beskrivit hur de stödjer sina kollegor när patienten närmar sig vård vid livet slut. Omvårdnadspersonalen är mycket tacksam över att ombuden finns och besvarar deras frågor och funderingar samt ger dem stöd på plats. Under våren har ombuden haft en nätverksträff via Skype där MAS och även ombud från andra äldreboenden deltog.

Inga fortbildningar under året har funnits för ombuden, däremot en digital utbildning för sjuksköterskor som anordnades av Palliativt kunskapscentrum (PKC). Nästan alla sjuksköterskor deltog på utbildningen. Det finns behov att utbilda fler ombud per arbetsgrupp i framtiden.

Under 2022 fortsätter planerade palliativombudsträffar. Här skapas goda förutsättningar för ett aktivt erfarenhetsutbyte med varandra och om vad/hur enheten kan nå målvärden gällande t.ex. smärtskattning, munhälsa osv.



**Register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-register)****Sammanfattning, analys och åtgärd**

Verksamhetens mål var att registrera alla patienter med demensdiagnoser i BPSD registret. De flesta patienterna är nu inlagda i registret. Enheten har ett antal utbildade administratör som kan registrera uppgifter och ser över behovet att utbilda fler administratör i framtiden.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarade för att brister skulle åtgärdas. Genom teamarbete fokuserade gruppen på resultat i de befintliga registren och hade erfarenhetsutbyte om vad som ska utvecklas för ett trygg och säker vård gällande patienter med demenssjukdomar som vistas på enheten.

Enheten haft en fysisk träff med en ansvarig utbildare från äldreförvaltningen. Var och en redovisade hur man jobbar med registret och om registret har bidragit till god och säker vård.

**Övriga resultat**

Apotekets årliga kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen gav ett godkänt resultat. I åtgärdsplanen beskrevs förbättringsförslag. Förbättringsåtgärder har vidtagits.

I enlighet med Stockholms stads mat- och måltidspolicy (2019) har mätningar av hur lång nattfastan är för boende utförts vid två tillfällen detta år. Resultatet för hela Koppargården skiljer sig inte mycket mellan vår/höst. Verksamheten har vidtagit åtgärder som utbildning av dietist för omvårdnadspersonal inför båda nattfastemätningarna vilket har resulterat till en ökad följsamhet i hur mätningar genomförs och att utbudet av måltider under olika tidpunkter har ökat. Koppargården har senarelagt middagen för att sprida måltiderna över dygnet i syfte att öka aptiten hos de boende, något som förväntas framöver att ge positivt resultat i kommande nattfastemätningar.

**Statistik 2021**

Enheten har en överskådlig sammanställning på detaljnivå över en rad aktiviteter/områden. Alla siffror redovisas internt för enhetens ändamål i utvecklingssyfte. Här nedan finns ett antal utvald statistik som nämns:

- Kvalitetsindikatorer
- Infektionsregistrering
- Covid-19 smittade patienter
- Vårdrelaterade infektioner

**Klagomål och synpunkter**

Synpunkter och klagomål bidrar till ökad kvalitet som i sin tur leder till en positiv effekt och utveckling, främst inom den egna verksamheten. Klagomålen är en input till verksamheten om saker som inte fungerar tillfredställande. Tillsyn/egenkontroll/utredning visar att det finns ett lärande kopplat till händelsen. Verksamheten vidtar åtgärder redan vid kännedom om en oönskad händelse som inkommit via klagomål direkt till verksamheten.

Med stöd av ledningssystemet kunde vi planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten, enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS, kan förebyggas.

Enheten ser klagomål och synpunkter som en möjlighet till en positiv förändring och förbättring

- Om något inte fungerar optimalt – då förändrar vi detta.
- Om något fungerar bra – då gör vi mera av detta.

Här nedan har vi en kort redogörelse av inkomna synpunkter/klagomål avseende:

- bristande rutiner vid informationsöverföring. Dessa har utretts, återkopplats och åtgärdats.
- besöksavrådan, anmält till IVO av anhörig.

- bemötande - har utretts och återkopplats.
- synpunkt på boendes tillstånd vid ankomst till sjukhus har inkommit, detta har utretts och återkopplats

**Händelser och vårdskador**

Enheten har haft ett fåtal allvarliga händelser gällande vårdskador. Två av dessa anmäldes som lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Dessa ärenden avslutades då IVO ansåg att vårdgivaren vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.

Åtgärder som verksamheten vidtog är bland annat att den lokala rutinen för läkemedelshantering har uppdaterats, förtydligats och implementerats. Föreläsning av dietist om matens betydelse för äldre med diabetes har också varit en åtgärd för att öka kompetens, samt workshop om diabetes, vård och behandling med läkarorganisationen Familjeläkarna. Familjeläkarna kommer under våren 2022 att ta fram en samverkansrutin för diabetes.

Lärandet har varit att undvika att liknande misstag förekommer i framtiden.

**Risakanalys**

Verksamheten arbetar systematiskt med förbättringsarbete och med att bearbeta kvalitetsbrister. Som underlag för detta arbete används de blanketter för avvikelserapportering och klagomål/synpunkter som inkommit. Uppföljningen av avvikelser och genomförda åtgärder återkopplas till ansvariga. En riskanalys, som dokumenteras i det sociala dokumentationssystemet, görs vid inskrivning av samtliga nya patienter. Riskanalysen görs ur såväl patient- som ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplaner upprättas och resultaten följs upp.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Ett bra verktyg för egenkontroll och riskanalys inom områden som omvårdnad, måltidssituationer, bemötande och aktiviteter är kollegiala observationer. Detta används inom verksamheten som en del i att höja kvalitén och patientsäkerheten. Enheten hade fokus på ett antal riskbedömningar och planerade noga täta uppföljningar av dessa riskbedömningar som gällde covid-19 vid hög smittspridning i huset, covid-19 enligt arbetsmiljöperspektiv samt besökande från närstående utomhus och inomhus.

**Mål och arbetet inför 2022**

- Minska antalet avvikelser
- Fokusera på ett förebyggande arbetssätt för att minska risker.

**Organisation och ledning**

- Enheten följer det systematiska kvalitetsarbetet/riktlinjer där vi planerar, genomför, utvärderar och förbättrar kvalitén fortlöpande.
- Enhetens upprättar ett eget årshjul där samtliga aktiviteter under året planeras. Detta för att få en bättre struktur och framförhållning i det dagliga arbetet.
- Enheten har fördelade tydliga ansvarsområden och uppmuntrar till handling, förbättrad planering och styrning.
- Ny organisation – ledningsgruppen på Koppargården förstärks och den nya strukturen kommer att bestå av en enhetschef och sju biträdande enhetschefer.

**Risikoförebyggande arbete/Patientsäkerhet**

- Arbeta effektivt med BPSD registrering och Riskbedömningar i Senior Alert.
- Arbeta aktivt med bedömningar och åtgärder utifrån riskbedömningar.

- Minska antal trycksår och förebygga uppkomsten av nya trycksår. Undvika viktnedgång, malnutrition samt minska nattfastan. God munhälsa.
- Fallpreventionsprojekt är planerat under 2022 med avsett mål att förebygga samt minska fall och fallskador.
- Implementering av befintliga rutiner/checklistor av läkemedel som syftar till att förhindra allvarliga avvikelser samt fortsätta arbeta med avvikelser
- Upprätta nya rutiner, checklistor, handlingsplaner om/när risker identifieras.
- Säkerhetsställande av rutiner/handlingsplaner och en beredskap för hantering av eventuell smittspridning även under 2022.
- Rapporteringsskyldighet – kunna minska mörkertalet genom att öka kunskap hos personal angående vikten att rapportera händelserna utan dröjsmål.

**Egenkontroller**

- Aktivt arbeta med förbättringsarbetet i helhet när resultatet och analysen av utförda egenkontroller och granskningar är klara.
- Fortsatt arbete med loggkontroller i Vodok och NPÖ.
- Utveckla arbetet med egenkontroller.

**Vård och omsorg**

- Teambaserat arbetssätt, d.v.s. att förbättra teamarbetet i form av kontinuitet hos patienterna.
- Satsa på effektiva vårdplaneringar och läkemedelsgenomgångar.
- Brytpunktsamtal, samordning och framförhållning i planeringen.
- Arbeta med värdegrund, roller och eget ansvar.
- Fokus på personcentrerad vård och omsorg.
- Minska nattfastan till mindre än 11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer.

**Kompetens/utbildning**

- Fortsatt utbildning inför Silviahemscertifiering.
- Utveckla dokumentationen både i hälso- och sjukvårdsjournalen och den sociala dokumentationen.
- Handledarutbildning och vägledning för legitimerade personal.
- BPSD utbildningar för omsorgspersonal.
- Ledarskapsutbildningar för chefer.
- Utbildning i administratörer för ökad och effektiv hållbar sammanhållning inom administrationen.
- Omvårdnadshandledning inom SBAR (ett strukturerat sätt att kommunicera vården), läkemedelshandtering, demens och Basala hygienrutiner.
- Utbildningsinsatser/fortbildningsinsatser som hjärt- och lungräddning.
- Kompetensutveckling gällande dokumentationsutbildning och handledning (gäller HSL personal).