

# Patientsäkerhetsberättelse

## St. Eriks vård- och omsorgsboende

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet:

2017-02-27

Linda Fagervall  
Verksamhetschef

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
<i>Intern samverkan</i>	8
<i>Läkarorganisation</i>	8
<i>Sjukhus</i>	8
<i>Vårdhygien</i>	8
<i>Apoteket</i>	8
<i>Uppdragsgivare</i>	8
Risikanalyser	9
<i>Extraordinära händelser</i>	9
<i>Trygghet och säkerhet</i>	9
<i>Riskbedömning i enskilt hem</i>	9
<i>Skyddsron</i>	9
<i>Riskbedömning enskild boende</i>	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
<i>Rapportering</i>	10
<i>Utredning</i>	11
<i>Återkoppling</i>	11
Sammanställning och analys	11
<i>Händelser</i>	11
<i>Klagomål och synpunkter</i>	13
Samverkan med patienter och närstående	14
Resultat	15
<i>QUSTA</i>	15
<i>Intern kontroll – Norlandia MAS</i>	16
<i>Riskbedömningar</i>	19
<i>Palliativa registret</i>	20
<i>Läkemedelshantering</i>	21
<i>Läkemedelsgenomgångar</i>	22
<i>Dokumentation ICF</i>	22
<i>Loggkontroll VODOK</i>	23
<i>Hygienron</i>	24
<i>Akuta sjukhusbesök</i>	24
<i>Skyddsåtgärder</i>	25
<i>Utbildningar</i>	26
Övergripande mål och strategier för kommande år	27

---

## Sammanfattning

St.Eriks vård- och omsorgsboende har totalt 30 lägenheter med hel-  
dygnsomsorg fördelat på fyra avdelningar. Samtliga lägenheter är avsedda för  
personer med demenssjukdom. Norlandia Care AB (KOSMO AB) driver  
St.Eriks vård- och omsorgsboende sedan 1 november 2013 genom ett entre-  
prenadavtal med Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. Den 4 februari 2015  
skedde ett ägarövertagande från KOSMO AB till Norlandia Care AB.

St.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar aktivt med patientsäkerheten och  
har satt övergripande mål och strategier samt ansvarsfördelning över hur arbe-  
tet ska gå till. Samverkan med interna och externa aktörer, som t.ex. läkaror-  
ganisation, sjukhus och uppdragsgivare, sker fortlöpande för att nå målen.  
Närstående uppmuntrar även samverkan genom bl.a. synpunkter för att verk-  
samheten ständigt ska kunna förbättras.

I det centrala ledningssystemet finns anvisningar och struktur över hur risker  
bedöms, bl.a. i enskilt hem eller för enskild boende. I ledningssystemet finns  
även instruktion över hur bedömda risker och händelser följs upp och utvärde-  
ras. Verksamheten har kompletterat dessa med lokala rutiner hur uppföljning-  
en sker praktiskt i det dagliga arbetet. Uppföljning sker även i form av egen-  
kontroller som bl.a. ”Nyckeltal” och kollegial granskning av dokumentation.

Under våren 2016 skedde den praktiska övergången till Norlandia på St.Eriks  
vård- och omsorgsboende och i och med det påbörjades även övergången till  
Norlandias ledningssystem med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande pati-  
entsäkerhetsarbetet samt händelsehanteringen.

Under hösten implementerades sedan Norlandias årshjul med regelbundna  
aktiviteter för att stärka patientsäkerheten. Successivt startades även fler egen-  
kontroller upp. En lokal riskanalys genomfördes för extraordinära händelser  
och en tillhörande beredskapsplan upprättades. Samtliga befintliga rutiner re-  
viderades och kompletterades med fler rutiner för att stärka patientsäkerheten.

Resultatet av 2016 visade att rapporteringen av händelser minskade i och med  
övergången till ett nytt rapporteringssystem, vilket förbättrades i slutet av  
2016 och är satt som mål 2017. Externa och interna kontroller visade att verk-  
samheten hade en väl fungerande läkemedelshantering, hade förbättrat sitt ar-  
bete inom inkontinensvård och vård i livets slutskede. Verksamheten hade  
även nått uppsatta mål för genomförda riskbedömningar i nästan samtliga om-  
råden. Förbättringsområden sågs framförallt i dokumentationen, men även i  
eftersamtal vid palliativ vård, vilka båda satts upp som mål i 2017.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Norlandia strävar efter att ge varje boende *Ett gott liv- varje dag*. Vår värdegrund heter CARE (*Competent, Ambitious, Respectful, Energetic*) och genomsyrar hela vår organisation.

St.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar enligt Patientsäkerhetslagen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Norlandias ledningssystem och innefattar riskanalyser, händelsehantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet i våra fem kvalitetsgrupper.

St.Eriks vård- och omsorgsboende har en tjänstgörande sjuksköterska dygnet runt på plats i verksamheten. Varje boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvaret fördelas mellan de tre anställda dagsjuksköterskorna. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Boenden på St.Eriks vård- och omsorgsboende ska få sin omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Norlandias VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin region. Regionvis ansvarar även en intern MAS / kvalitetsutvecklare för kvalitén inom verksamheten samt patientsäkerheten. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att boendes behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Den interna MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för patientsäkerheten på St.Eriks vård- och omsorgsboende. Ärenden diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, teamledande sjuksköterska och teamledande undersköterskor/vårdbiträden (2st).

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårds-

---

personal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 201:659 3 kap. 4§). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

St.Eriks vård- och omsorgsboende stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet är förutom den interna MAS:en och stadsdelens MAS bl.a. apoteket och vårdhygien.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp.

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker för fall, trycksår och/eller malnutrition behandlas och hanteras dessa risker vid teammöten på respektive avdelning. Identifieras en risk ska den alltid leda till en vårdplan som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen.

Avvikelser/Händelser av individuell karaktär behandlas även de under teammöte där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och TQM. Vår interna MAS går regelbundet igenom registrerade avvikelser.

Gemensamma händelser för verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med handlingsplan, uppföljning och återkoppling.

Vid allvarigare händelser utreds denna i enlighet med Lex Maria eller Lex Sarah. Norlandias MAS/kvalitetsutvecklare för regionen granskar händelsen och beslutar om händelsen är så pass allvarlig att utredningen skall skickas till Inspektion för vård och omsorg, IVO.

Statistik över samtliga händelser presenteras av verksamhetschef vid arbetsplatsträffar var även allvarliga eller återkommande händelserna diskuteras.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar över de egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende utförs regelbundna egenkontroller i form av "Nyckeltal" gällande HSL och SoL-frågor. Där registrerar utsedda ombud och HSL-personal statistik som sedan verksamhetschef tar del av och vidarebefordrar månadsvis till intern MAS. Nyckeltalen redovisas även under arbetsplatsträffar för att diskuteras med hela arbetsgruppen och vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra resultatet.

Nyckeltal som säkerställer patientsäkerhetsarbetet innefattar:

- Antal fallhändelser
- Antal läkemedelsavvikelser
- Antal trycksår och övriga sår
- Aktuella inkontinensutredningar
- Antal begränsningsåtgärder
- Utförda brandkontroller
- Aktuella riskbedömningar i boendes hem
- Aktuella genomförandeplaner
- Antal granskade SoL- och HSL-journaler
- Uppföljning av läkemedelshantering inkl. delegeringar, narkotikakontroller och läkemedelsgenomgångar.
- Antal självskattningar och observationer gällande basala hygienrutiner
- Antal antibiotikabehandlade infektioner
- Koll på läget BPSD-registreringar
- Koll på läget i Senior Alert
- Koll på läget Palliativa registret
- Kontroll av medicintekniska produkter
- Loggkontroller i HSL-journal

Vår interna MAS gör även egna egenkontroller vid behov.

För att säkerställa att dokumentationen sker enligt gällande riktlinjer har St.Eriks vård- och omsorgsboende två utsedda interna handledare som regelbundet går på informationsträffar och utför granskningar inom verksamheten. För att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk så sker en systematisk loggkontroll månadsvis.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

I februari 2015 skedde ett övertagande från KOSMO AB till Norlandia Care AB. Under våren 2016 skedde sedan den praktiska övergången till Norlandia på St.Eriks vård- och omsorgsboende. I och med detta påbörjades även övergången till Norlandias ledningssystem med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbetet samt händelsehantering.

Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Norlandias årshjul gällande bl.a. kvalitet implementerades i verksamheten under hösten 2016. Denna schemalägger aktiviteter gällande kvalitet utöver året som stärker patientsäkerheten bl.a. nattfastkontroller, hygienkontroller, livsmedelshanteringskontroller, PPM-mätning trycksår och fall, HALT-mätning.

Under hösten startades även successivt upp egenkontroller med hjälp av nyckeltal, se ovan, några var igång sedan tidigare men många var nya för verksamheten.

Under slutet på 2016 har samtliga lokala rutiner reviderats och lagts upp i vårt ledningssystem TQM. För att säkra upp patientsäkerheten upprättades även ett par nya lokala rutiner, bl.a. planerings/rapportblad för omvårdnadspersonalen. Utbildning för samtliga medarbetare inom systemet planerades in för att utveckla rutinpärmar i januari 2017. Detta arbete säkrar upp att medarbetare alltid får ut aktuell information från datorn istället för att ta en kopia på ett gammalt exemplar. Alla gamla exemplar av rutiner och checklistor rensades ut från verksamheten.

Ett fåtal rutiner skrevs ut i nya AKUT-pärmar (en till varje avdelning samt en till sjuksköterskeexpeditionen), inklusive en upprättad beredskapsplan för extraordinära händelser och kriser med tillhörande lokala rutiner, för att vara lättillgängliga för medarbetare vid behov.

Livsmedelshanteringen sågs över i slutet på 2016 och kompletterades med bl.a. egenkontroller för att säkra upp våra tre kritiska kontrollpunkter för att våra boenden ska få en godkänd slutprodukt.

Även en omstart i BPSD-arbetet startades upp under hösten 2016.

---

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Intern samverkan**

På St.Eriks vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom teammöten en gång i veckan på respektive avdelning. Där diskuteras våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter. HSL-personalen träffas månadsvis på separat arbetsplats-träff för HSL-grupp där samverkan över det dagliga arbetet och rutiner sker.

### **Läkarorganisation**

I september 2016 övergick ansvaret för läkarinsatserna på St.Eriks vård- och omsorgsboende från Stokholms geriatriken till Legevisitten. En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten och Kungsholmens stadsdelsförvaltning angående St. Erik vård- och omsorgsboende finns. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig övriga tider.

Samverkansmöten sker regelbundet under året, minst fyra gånger per år.

### **Sjukhus**

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om den boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

När en boende skickas till sjukhus tas alltid telefonkontakt med närstående och medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter.

Vid utskrivning från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

### **Vårdhygien**

St.Eriks vård- och omsorgsboende har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Via vårdhygien har vi tillgång till utbildning, hygienronder och även experthjälp vid utbrott av eventuell smitta.

### **Apoteket**

Gällande läkemedelshanteringen har St.Eriks vård- och omsorgsboende ett samarbete med Apoteket.

### **Uppdragsgivare**

St.Eriks vård- och omsorgsboende drivs genom ett entreprenadavtal med Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. Vi har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljning- ar sker och under övriga tiden av året



---

har vi regelbundna träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten.

Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR med kvalitetsinstrument QUSTA. Resultatet återkopplas till verksamhetschef som vidtar åtgärder utifrån analysen.

Månadsvis rapporterar även sjuksköterskorna in statistik över infektioner till stadsdelens MAS.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

### **Extraordinära händelser**

Norlandia Care AB har en central framtagen kris- och beredskapsplan, likaså har St.Erik vård- och omsorgsboende upprättat en riskanalys och en handlingsplan för extraordinära händelser. Dessa är framtagna för att ledning och samtliga anställda ska vara beredd på nödsituationer, arbeta för att förebygga dessa i den mån det går och veta hur de skall agera om kris inträffar. Oavsett vilken kris som inträffar ska samtliga boenden omhändertas på bästa sätt.

### **Trygghet och säkerhet**

I vår kvalitetsgrupp ”Hälsofrämjande miljö” arbetar våra miljöombud på respektive avdelning med frågor som berör trygghet och säkerhet för våra boende och medarbetare. De identifiera risker genom bl.a. systematiskt brandskyddsarbete samt uppföljning av tillbud och händelser.

### **Riskbedömning i enskilt hem**

För att säkerställa en god arbetsmiljö för personal genomförs en riskbedömning i enskilt hem utefter Norlandias centrala rutiner i vårt ledningssystem. Riskbedömningen genomförs så snart efter inflyttning som möjligt men senast inom två månader utav kontaktperson med stöd av våra miljöombud och rehabiliteringspersonal.

### **Skyddsron**

Skyddsroner genomförs årligen på verksamheten och vid regelbundna samarbetsmöten med de fackliga organisationerna tas risker upp både gällande arbetsmiljö och boendemiljö.

### **Riskbedömningar enskild boende**

På St.Eriks vård- och omsorgsboende utförs riskanalyser kring varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella

---

risker för den boende. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning påbörjas även inom fjorton dagar efter inflyttning. Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes vistelsetid på St.Eriks vård- och omsorgsboende.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Norlandias ledningssystem.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias elektroniska avvikelssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalsystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser till verksamhetschef som utser saksvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även intern MAS. Intern MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

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

### **Rapportering**

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid regionchef, VD och uppdragsgivare informeras omgående.

---

På St.Eriks vård- och omsorgsboende är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter eller förbättringsförslag direkt till verksamhetschef eller indirekt via övrig personal. Information om hur synpunkter kan delges till verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning och kontinuerligt via månadsbrev från verksamhetschef.

Synpunkter kan lämnas skriftligt genom blanketter som hänger på informationstavlor för boende och anhöriga på varje avdelning, eller genom mail. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal.

Eventuella klagomål som kommer via Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) tas emot av verksamhetschef och utreds tillsammans med intern MAS.

### **Utredning**

Samtliga synpunkter registreras in i TQM av verksamhetschef och hanteras med övriga händelser.

Synpunkter som berör enskild boende behandlas under teammöte där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan åtgärda klagomålet.

Synpunkter eller klagomål som berör större delar eller hela verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med handlingsplan, uppföljning och återkoppling.

### **Återkoppling**

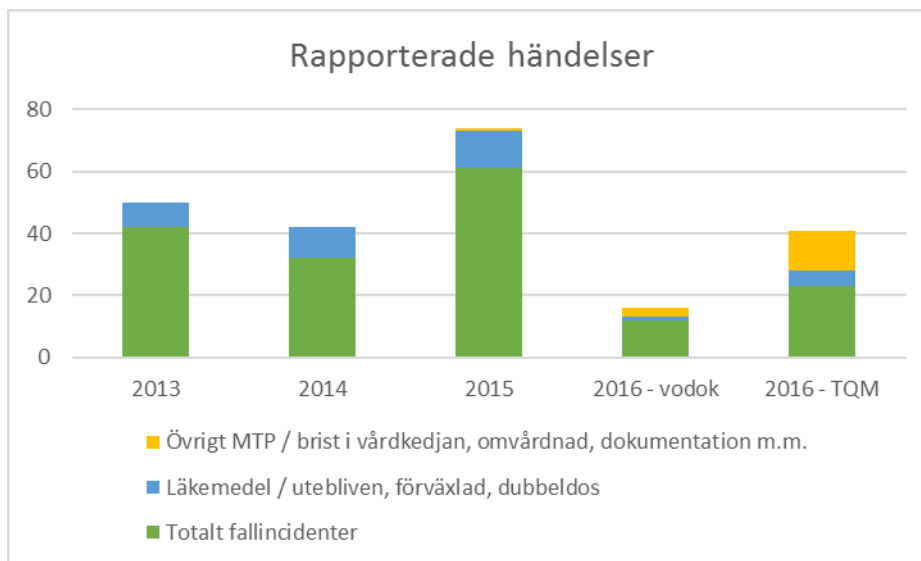
Återkoppling på synpunkter av generell karaktär ges under anhörigmöten eller via månadsbrev, medan synpunkter på individnivå återkopplas till berörd person. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor.

## **Sammanställning och analys**

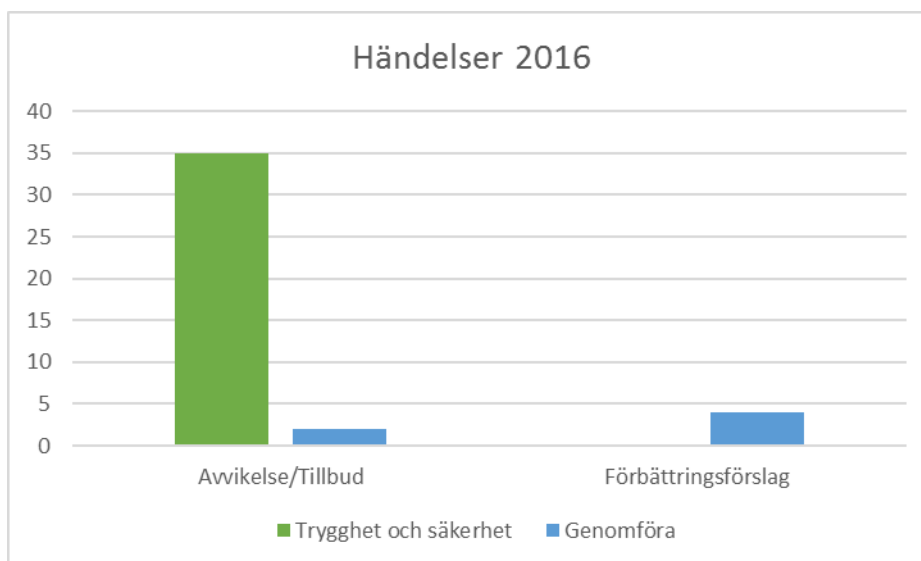
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

### **Händelser**

Under 2016 övergick rapporteringen av händelser från pappersblankett till vårt elektroniska system TQM. Detta medförde att avvikelserregistreringen minskade och även registreringen i VODOK avtog, se tabell ovan. Efterfrågningar visar att personal upplevt det oklart om var avvikelser skulle registreras. Inför 2017 har avvikelshanteringen och rapporteringsskyldigheten samt ansvarsfördelningen tydliggjorts ytterligare.

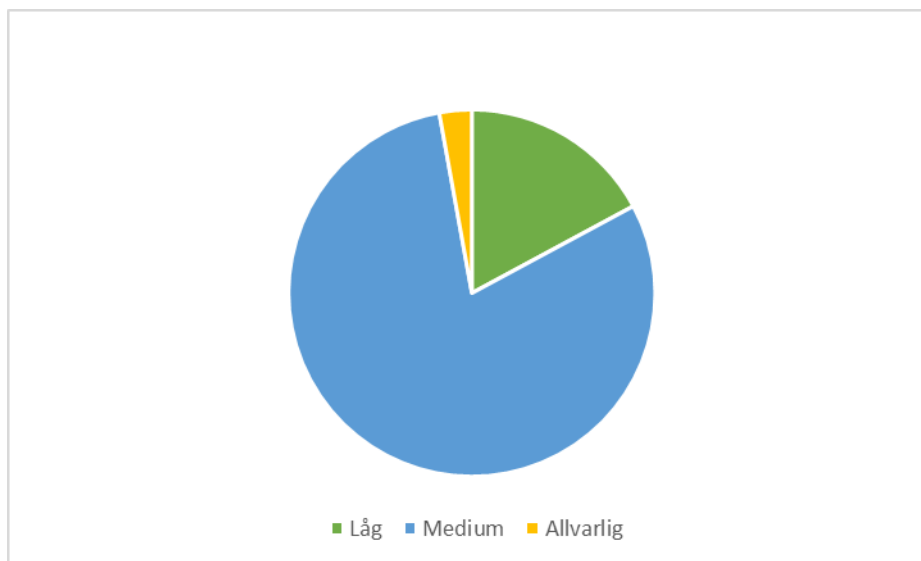


Registrerade händelser jämfört över åren 2013-2016. 2016-TQM inkluderar registrerade synpunkter och klagomål på övrigt.



Registrerade händelser TQM 2016.

Totalt registrerades 37 händelser i TQM under 2016 gällande trygghet och säkerhet samt genomförandet av omvårdandarbetet (samt 4st förbättringsförslag utifrån inkomna synpunkter och klagomål).

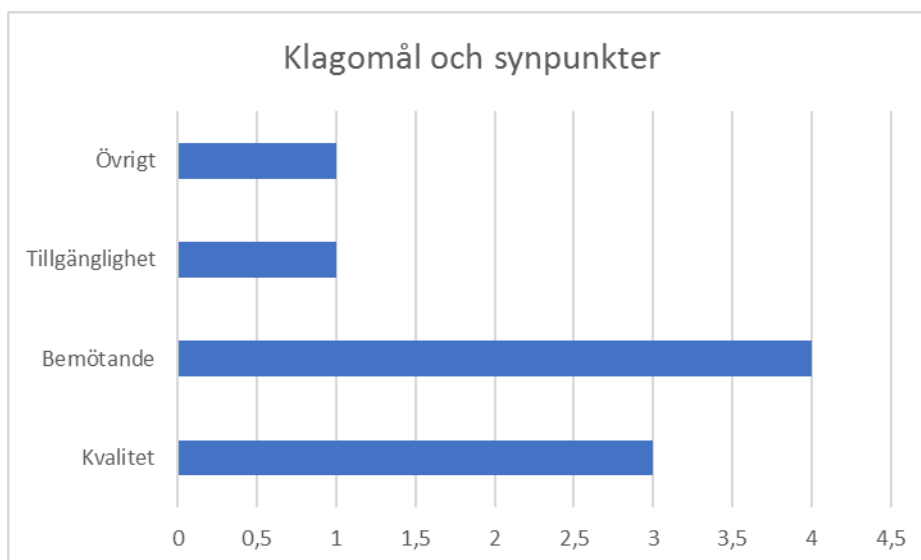


Fördelning allvarlighetsgrad registrerade händelser TQM 2016.

En utav dessa bedömdes som en allvarlig då boende provocerat slagit till en annan boende, Lex Sarah utredning genomfördes internt och orsaker till missförhållandet identifierades och åtgärder vidtogs för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet samt för att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Kontakt togs med Inspektion för vård och omsorg (IVO) men ingen anmälan skickades in.

Under 2016 har inga händelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.

### Klagomål och synpunkter



Registrerade klagomål och synpunkter under 2016.

Under 2016 inkom totalt nio stycken klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Merparten handlade om boendes/närståendes upplevelse av medarbetares bemötande, samtliga klagomål berörde olika medar-

---

betare. Vid samtliga klagomål hölls samtal med berörd medarbetare. Synpunkterna gällande kvalitet kom från närstående och gällde kontaktpersonens utförande av städ m.m. Samtal med kontaktpersonen hölls vid två tillfällen och vårdplanering hölls tillsammans med närstående vid tredje tillfället då även missnöje om övriga saker kring den boende fanns från den närstående. Synpunkten gällande tillgängligheten gällde en närstående som önskade frekventare besök av frisör till sin mor och den övriga synpunkten handlade om en leverans av HD-stol som dröjde p.g.a. snöoväder.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På St.Eriks vård- och omsorgsboende är samverkan med boende och närstående ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar, genomförandeplaner och levnadsberättelser uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. Närstående bjuds in till anhörigträffar regelbundet där verksamhetschef presenterar det pågående arbetet i verksamheten samt besvarar eventuella frågor och synpunkter.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Då de boende på St Eriks vård- och omsorgsboende har demensdiagnos och inte alltid kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig.

Vid första kontakten med den boenden och närstående vid inflytt lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till avdelning, sjuksköterska och verksamhetschef. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd.

Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen.

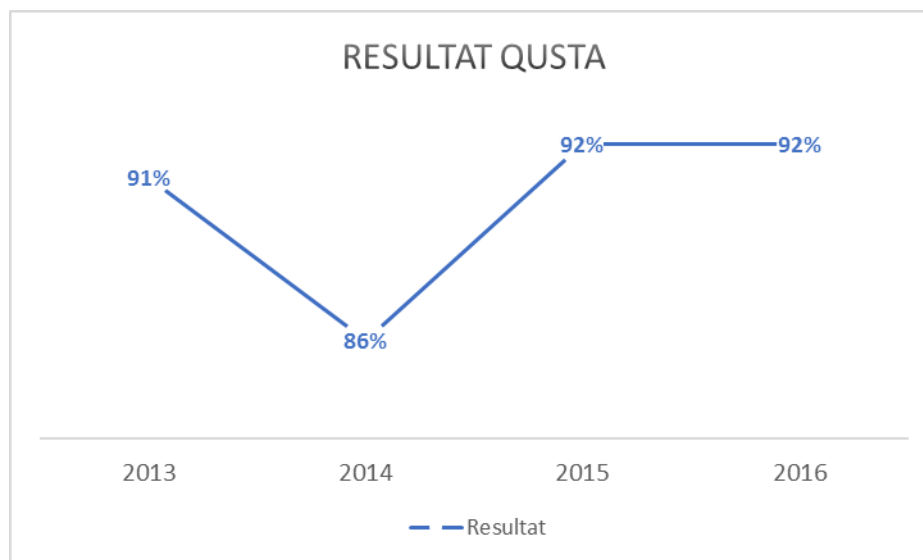
Samverkan med boende och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon dagligen de dagar hen inte är på plats i huset. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan boende/närstående och läkare. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut.

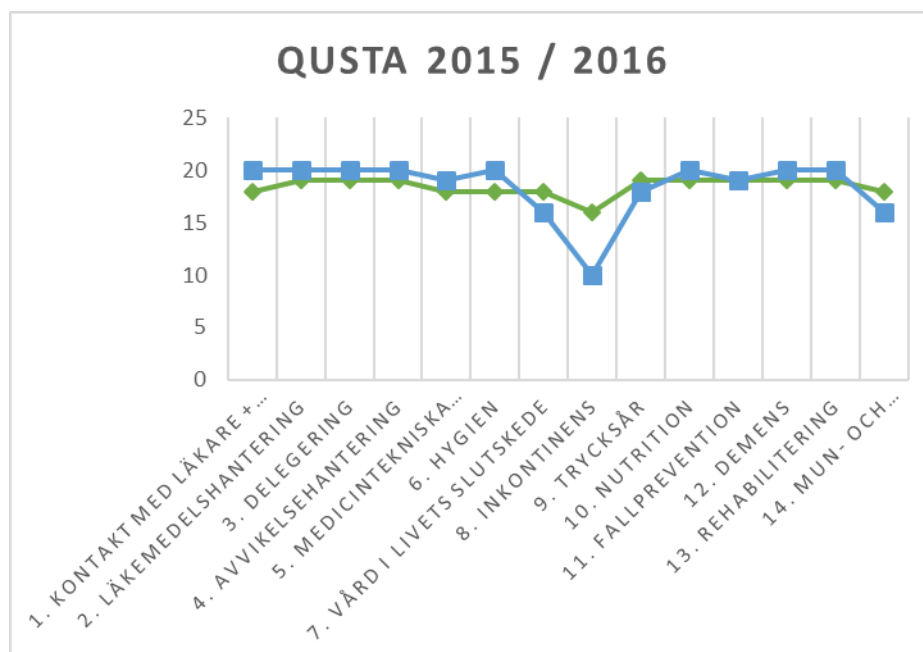
## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### QUSTA



Resultat i QUSTA jämfört över åren 2013-2016.



Resultat QUSTA 2016 (grön) jämfört med 2015 (blå).

1. Kontakt med läkare och HSL-personal. 2. Läkemedelshanteirng. 3. Delegering. 4. Avvikelsehantering. 5. Medicintekniska produkter. 6. Hygien. 7. Vård i livets slutskede. 8. Inkontinens. 9. Trycksår. 10. Nutrition. 11. Fallprevention. 12. Demens. 13. Rehabilitering. 14. Mun- och tandhälsovård.

---

Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes i september 2016, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende samma resultat som föregående år, 92%. En klar förbättring syntes i inkontinensvården, och en viss förbättring i vård i livets slutskede, resterande områden var det mycket små skillnader.

Förbättringsförslag från stadsdels MAS och MAR i enlighet med QUSTA:

- Verksamheten bör komplettera rutin för läkarkontakt med hur samarbete sker då vårdtagare väljer annan husläkare än avtalad utförare.
- Verksamheten behöver säkerställa att signera administrerat läkemedel på signeringslista sker efter varje intagen dos.
- Verksamheten behöver säkra att genom egenkontroll följa upp delegeringar under den tid de är aktuella.
- Verksamheten behöver arbeta med den bristande följsamhet till att rapportera avvikelser, som de förmedlar finns i verksamheten.
- Säkerställande av tillgänglig produktinformation för hjälpmedel pågår i verksamheten.
- Säkerställande av strukturerad undervisning i hantering av hjälpmedel kan ytterligare utvecklas.
- Brister i följsamhet till basala hygienrutiner finns trots kontinuerlig utbildning i verksamheten.
- Rutiner för rengöring av höggradigt rent material behöver ses över.
- Verksamheten behöver säkerställa att vårdplan upprättas efter brytpunktssamtal för vård i livets slut, för personer med risk för trycksår, för personer med risk för malnutrition/undernäring, för personer med fallrisk, för personer med pågående målinriktade insatser inom rehabiliteringsområdet samt vid dålig munstatus enligt riskbedömning.
- Evidensbaserade bedömningsinstrument bör användas för smärtskattning för en anpassad behandling.
- Verksamheten behöver säkerställa att någon av de anställda sjuksköterskorna har utbildning i förskrivningsrätt.
- Verksamheten behöver säkerställa att inkontinensutredningar och förskrivna inkontinenshjälpmedel är dokumenterade i hälso- och sjukvårdsjournal och att vårdplan/hälsoplan upprättas vid behov.
- Det finns personal med vissa språksvårigheter som behöver extra stöd/handledning.
- Verksamheten behöver se över rutinerna att sjuksköterska genomför en bedömning av munstatus i samband med inflytt.

### **Intern kontroll – Norlandia MAS**

I februari 2016 kom Norlandias MAS på verksamhetsbesök på St.Eriks vård- och omsorgsboende i och med övergången till Norlandia Care AB. Syftet var att få en inblick i verksamheten genom intervju med medarbetare, stickprovskontroller samt journalgranskning.

Områden som granskades var:

- ✓ Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal
- ✓ Läkemedelshantering
- ✓ Delegering



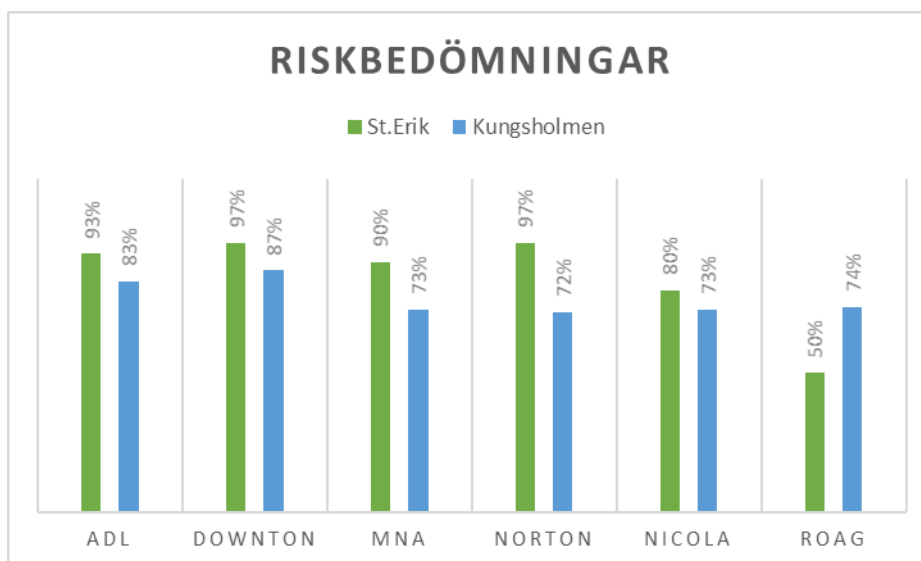
- 
- ✓ Avvikelsehantering
  - ✓ Hygien
  - ✓ Vård i livets slutskede
  - ✓ Inkontinens
  - ✓ Trycksår
  - ✓ Nutrition
  - ✓ Fall och fallskador
  - ✓ Demens
  - ✓ Mun- och Tandhäsovård

MAS lämnade en rapport om många fungerande områden på St.Erik bl.a. ett mycket bra fungerande praktiskt arbete med läkemedelshanteringen, men även en hel del förslag på förbättringsåtgärder enligt nedan:

- Överrapportering/informationsöverföring och samverkan internt behövs kompletteras/förtydligas.
- Viktigt att bedöma om vårdtagaren själv klarar av att hantera sina läkemedel. Bedömningen skall dokumenteras i VODOK.
- För bättre spårbarhet ska iordningställda dosetter, omdelade dosetter samt utlämnade APO signeras. Lokal rutin behöver upprättas om var signeringen ska ske, på sign. lista eller i VODOK.
- Hanteringen av ordinationshandling behövs ses över. Signeringslistan och ordinationshandlingen överstämde inte när stickprovskontroll gjordes.
- Egenkontroll över signeringslistor behövs upprättas, tomma rutor förekommer.
- Egenkontroll gällande narkotika skall utföras en gång per månad med röd penna.
- Bättre samverkan mellan läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonalen när en vårdtagare behöver ändra på sina medicintider.
- Rutiner/tillvägagångsätt för vad/hur kontrollen ska ske, innan APO läggs ut till boende finns, men behöver uppdateras.
- Lokal rutin (för beställning och leverans av APOpåsar) finns, men behöver uppdateras.
- Bättre ordning i delegeringspärmen och signaturförtydligande behövs uppdateras.
- Lokala rutiner för förlängning av delegering behöver kompletteras/förtydligas.
- Förlängning av delegering ska göras med hjälp av kunskapskontroll.
- Sjuksköterskan ska med hjälp av stickprovskontroller bevaka att den arbetsuppgift som hen delegerat utförs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård.
- Avvikelsena **ska diskuteras** i teammöten där **alla professioner är samlade**. Beslut om åtgärder och uppföljningen skall ske i teamet och dokumenteras i VODOK.
- Säkerställning/uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, med hjälp av egenkontrollprogram skall göras minst två gånger per år.

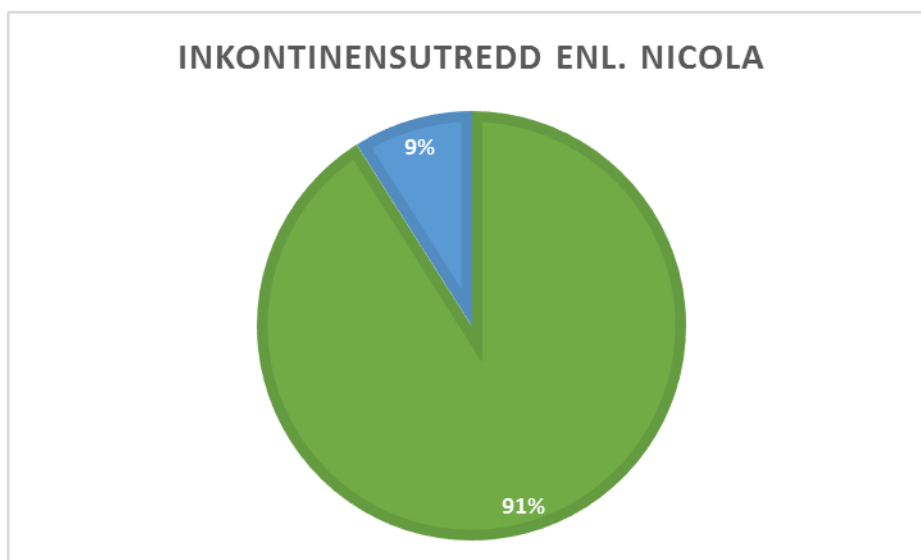
- 
- Rutin för hantering av riskavfall behöver upprättas.
  - Förrådshållning av rena arbetsdräkter behövs ses över.
  - Rutin behöver upprättas för det praktiska utförandet av rengöring av flergångsmaterial samt egenkontroll.
  - Se vårdhygiens rekommendationer för förrådshållning.
  - Säkerställning/uppföljning av rutin över förbrukningsmaterial hemma hos vårdtagare med hjälp av egenkontroll. Det saknades tvål och handsprit i några lägenheter.
  - Bli bättre på att upprätta individuella vårdplan inför vård i livets slutskede inklusive vårdtagarens egna uttalade önskemål och läkarens beslut om vård i livets slutskede.
  - Personalen måste bli bättre på använda skattningsskala, Abbey Pain scale och dokumentera detta i journalen.
  - Sjuksköterskan omvårdnadsordination ska dokumenteras i VODOK. Viktigt att sjuksköterskan säkerställer att ordinationen utförs och utvärderar effekten.
  - Undersökningar/bedömningar/ övervakningar som sjuksköterskan själv utfört ska dokumenteras.
  - Sjuksköterskor, rehab och omvårdnadspersonal ska arbeta i team för bedömning/utprovning av inkontinenshjälpmedel.
  - Bli bättre på att vidta åtgärder för att förebygga inkontinens.
  - Dokumentation om utredning/föreskrivning av inkontinensskydd måste förbättras. Omvårdplan måste upprättas.
  - Egenkontroll med hjälp av sticksprovskontroller för att säkerställa om den ordinierade inkontinesprodukten/storleken/sorten stämmer överens med inkontinensprodukten som finns hemma hos vårdtagare.
  - Använda teammöten som ett forum för genomgång av genomförandeplanen samt resultatet från BPSDregistreringen.
  - Genomförandet av riskbedömning för trycksår/ undernäring /fall /munhälsa inom 14 dagar måste säkerställas. Samt upprättande av tillhörande vårdplan.
  - Sjuksköterskan måste bli bättre på att dokumentera hur sår uppkommit/ta bilder och skriva avvikelse.
  - Resultatet från registrering i Senior Alert skall kommuniceras på HSLmöte. Fall skall registreras i SeniorAlert.
  - Lokala rutiner för fall och fallskador behöver kompletteras.
  - Bättre information till anhöriga och ansvarig läkare när en vårdtagare faller eller riskerar att falla.
  - Viktigt att fallanalys görs när en vårdtagare ramlar.
  - HSL personalen ska använda resultatet från BPSD registret som ett verktyg så att omvårdnaden blir mer individanpassad.
  - Med hjälp av handlingsplan/bemötande plan minska användning av läkemedel vid BPSD symtom.
  - Utförd munhälsobedömning från Flexident ska dokumenteras i VODOK.

## Riskbedömningar



Genomförda riskbedömningar Kungsholmen. Mät datum: 2016-10-01. Mätperiod: 151001-160930.

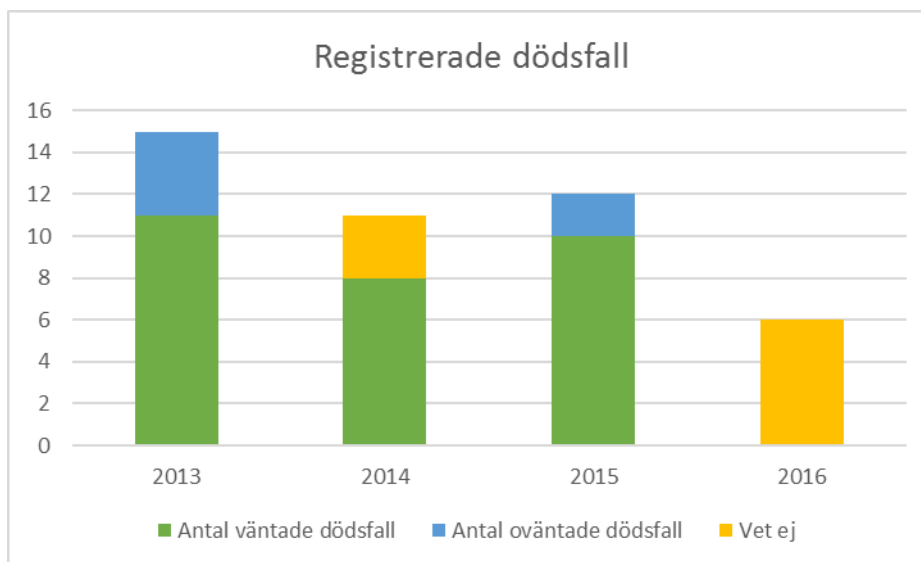
Kungsholmens MAS har sammanställt Kungsholmens och St.Eriks genomförda riskbedömningar, se tabell ovan. Resultatet visar att St.Erik uppnår målen för registreringar i samtliga områden förutom inkontinensutredning samt munhälsobedömningar (roag).



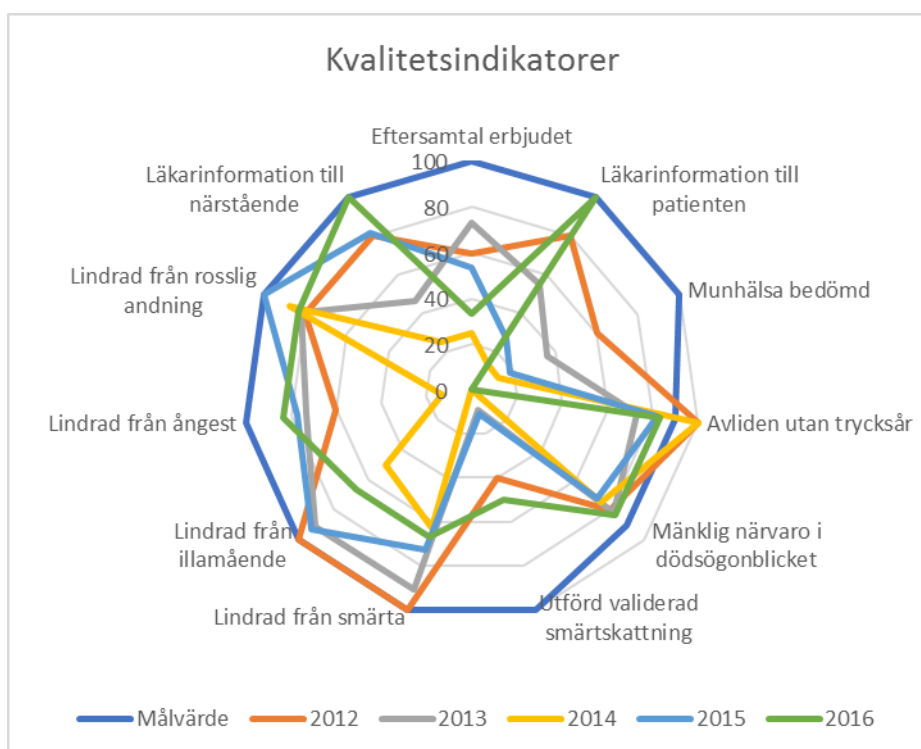
Andel boende som är utredda enligt Nicola under 2016

Månatlig uppföljning av HSL-indikatorer till stadsdelens MAS visar att 91% av våra boenden var inkontinensutredda enligt Nicola under 2016.

## Palliativa registret



Antal registrerade dödsfall i palliativa registret år 2013-2016



Resultat i de olika kvalitetsindikatorerna i Palliativa registret.

Resultatet för 2016 visar att vi nådde målvärdet vad gäller läkarinformation till boende och närstående. Vi förbättrade även vårt resultat gällande trycksår, mänsklig närvaro, smärtskattning och ångest. Det vi behöver arbeta mer på under 2017 är eftersamtal och lindrande av smärta och illamående.

---

## Läkemedelshantering

Årets kvalitetsgranskning på St.Eriks vård- och omsorgsboende genomfördes i samtal med läkemedelsansvarig sjuksköterska och intern MAS den 11 maj 2016. De diskuterade den praktiska läkemedelshantering och gick igenom förslag på förändringar. Akut- och buffertförråd och boendes läkemedel granskades. Stickprov på behållningen av patientbunden och förrådsnarkotika gjordes.

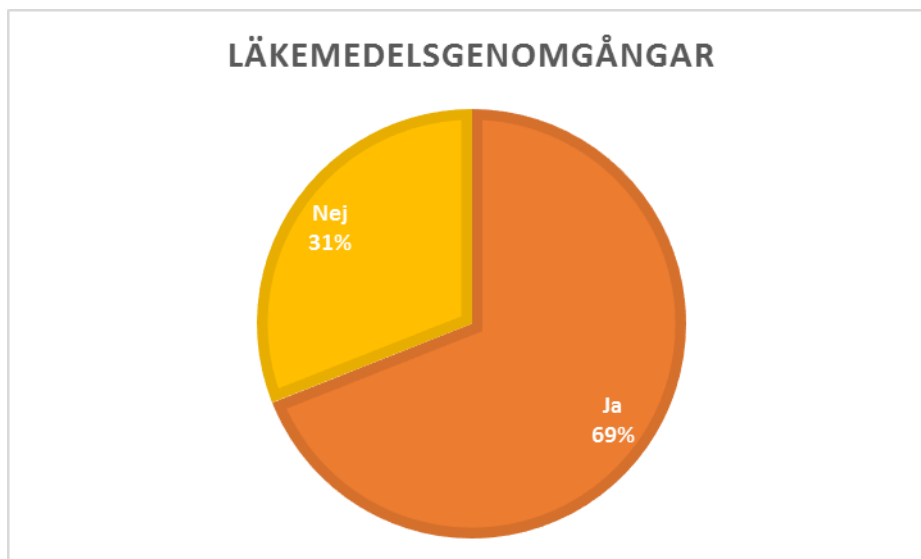
Resultatet av granskningen visade att läkemedel förvaras i läkemedelsrummet på ett överskådligt sätt helt i enighet med författningen. Ingen anmärkning fanns angående behållningen av patientbunden och förrådsnarkotika. Kontrollerna hade genomförts månatligen enligt lokal rutin.

Interna MAS:ens bedömning var att läkemedelshantering på St.Erik förefaller mycket väl fungerande.

Åtgärdsplan lämnades med förbättringsåtgärder för att förstärka hanteringen ytterligare.

- Lokala rutiner behöver uppdateras:
  - från ”e-dos” till Pascal,
  - batchnummer på vaccinationer ska dokumenteras i Vaccinera.
  - hur generiska utbyten dokumenteras på signeringslistan.
  - arkivering av förbrukningsjournaler för narkotikahandling
  - kassaktion av narkotika.
  - ersätt Apoteket Farmaci som leverantör av läkemedel till akut- och buffertförrådet.
- Uppdatera listan för generell direktiv. Den listan som används nu är från föregående år.
- Dokumentera generiska utbyten på signeringslistan.
- Se till att endast senaste versionen av ordinationshandlingen finns tillgänglig i boendes skåp.
- Utlämnande av stående originalförpackningar såsom insulinpennor och ögondroppar bör dokumenteras för att spårbarheten inte ska gå förlorad. Se över signeringslistorna och lägg till en rad för dokumentation av utlämnande av originalförpackningar.
- Rekommenderar att det finns endast en version av listan med signaturförtydligande.
- Ögondroppar och andra läkemedel som har begränsad hållbarhet efter öppnande ska förses med öppningsdatum.
- Rekommenderar att papperskopiorna på dosrecepten, som skickas med leverans, avbeställs för att förenkla hanteringen.
- Dokumentera temperaturen i läkemedelsrum och kylskåp regelbundet.
- Beställ inhalationshjälpmedlet till inhalationssprayen Airomir, enligt sortimentlistan för akut- och buffertförrådet.
- Lån av narkotika mellan boende ska inte förekomma. Läkemedel är boendes egendom, lån är således att likställa med stöld.
- Rekommenderar användning av häften för journalföring av narkotika. Det blir enklare att följa samt att det finns fler sidor att skriva på och de är svårare att förfalska.

## Läkemedelsgenomgångar

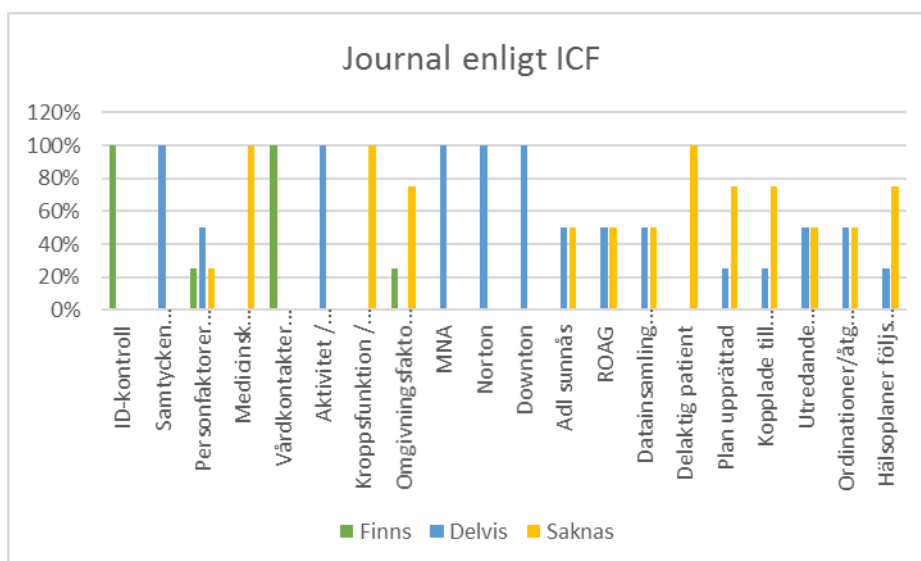


Andel boende som hade aktuella läkemedelsgenomgångar under 2016

Månatlig uppföljning av HSL-indikatorer till stadsdelens MAS visar att 69% av våra boenden hade aktuella läkemedelsgenomgångar.

## Dokumentation ICF

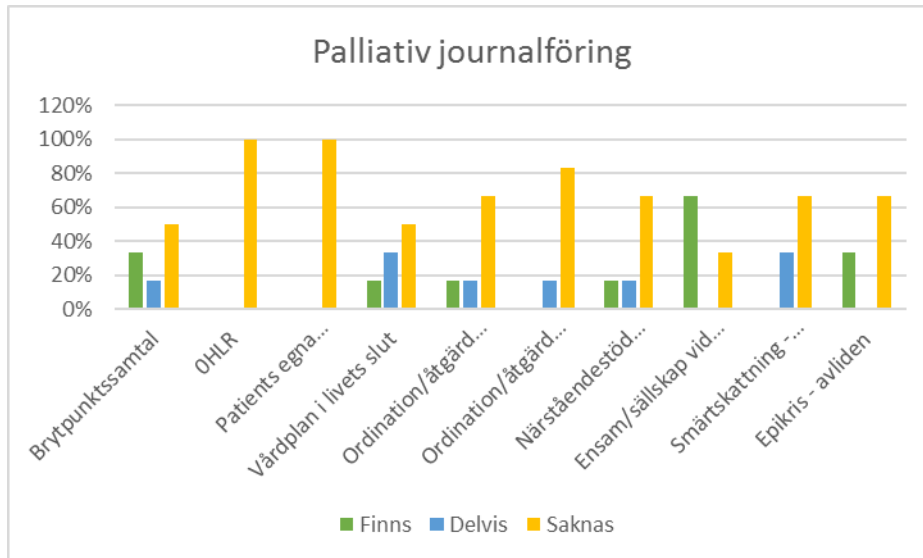
Under 2016 genomförde de interna handledare, inom ICF journalföring på St.Eriks vård- och omsorgsboende, en granskning av utvalda journaler.



Resultat på fyra HSL-journaler enligt ICF under 2016.

Resultatet visade tyvärr att samtliga fyra granskade journaler inte uppkom

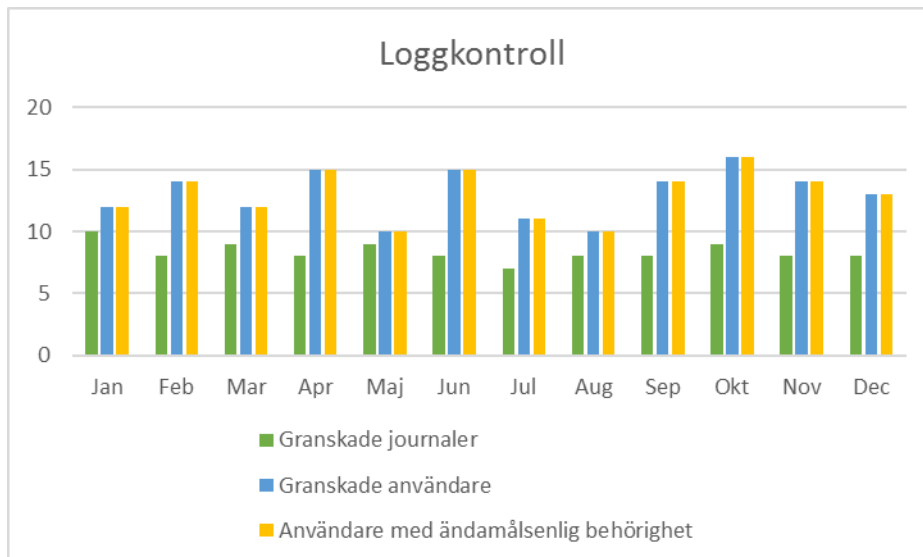
till godkänd nivå och en hel del förbättringsarbete behövdes.



Resultat på sex HSL-journaler utefter palliativ vård under 2016.

Ytterligare granskning genomfördes internt på sex unika journaler över journalföringen vid palliativ vård och även där tydliggjordes ett behov av förbättringsarbete, men 17% av journalerna var godkända.

### Loggkontroll VODOK



Resultat loggkontroller VODOK under 2016.

Loggkontroller för 2016 visar att 100% av alla granskade användare har haft ändamålsenlig behörighet.

---

## Hygienrund

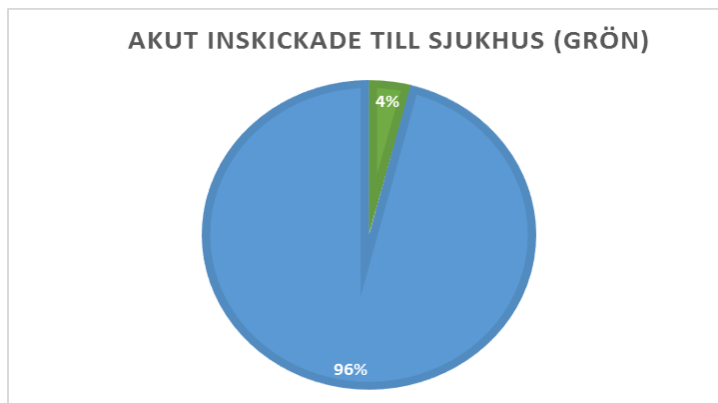
Den 26 maj 2016 skedde en uppföljning av hygiensjuksköterska från Vårdhygien på St.Eriks vård- och omsorgsboende efter ett tidigare besök i oktober 2014. Protokoll från 2014 gicks igenom och därefter skedde en rundvandring i verksamheten.

Hygiensköterskans bedömning var att verksamheten visade ett intresse över vårdhygieniska frågor och hade åtgärdat en del av de rekommenderade åtgärderna från 2014.

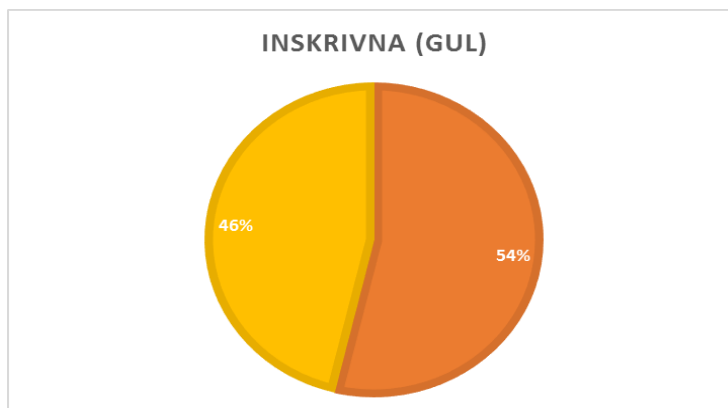
Förbättringsområden från denna uppföljning var:

- Fortsatt arbete med följsamhet till basala hygienrutiner, med hjälp av att utrusta boendet fullt ut med skyddsutrustning för personal, utbildning, egenkontroller i form av självskattnings/observationer, hygienombud samt samarbete med Vårdhygien.
- Säkerställa rutiner/processer och göra dem kända för all personal.
- Säkerställ smittrening (rengöring/desinfektion)

## Akuta sjukhusbesök



Andel boende som skickats akut till sjukhus under 2016.



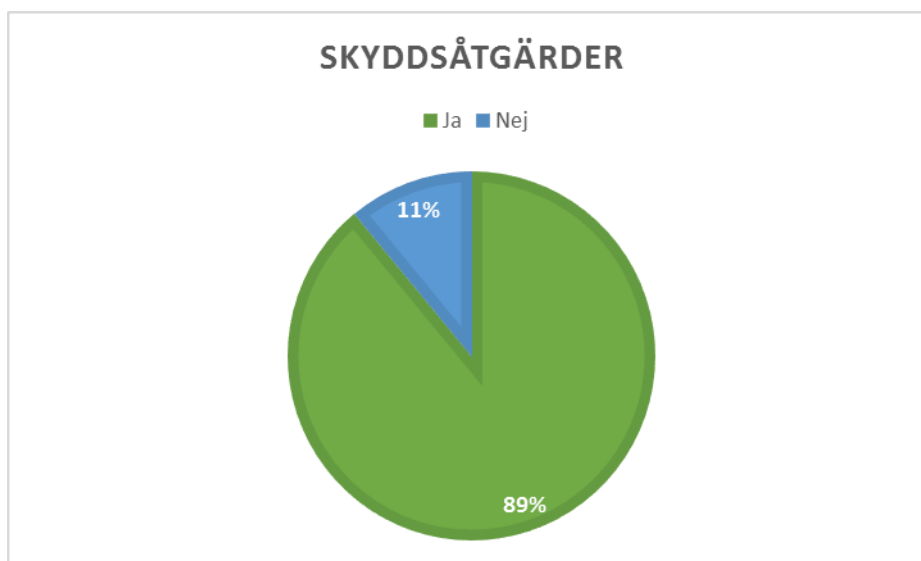
Andel inskrivningar på sjukhus vid akut besök under 2016.



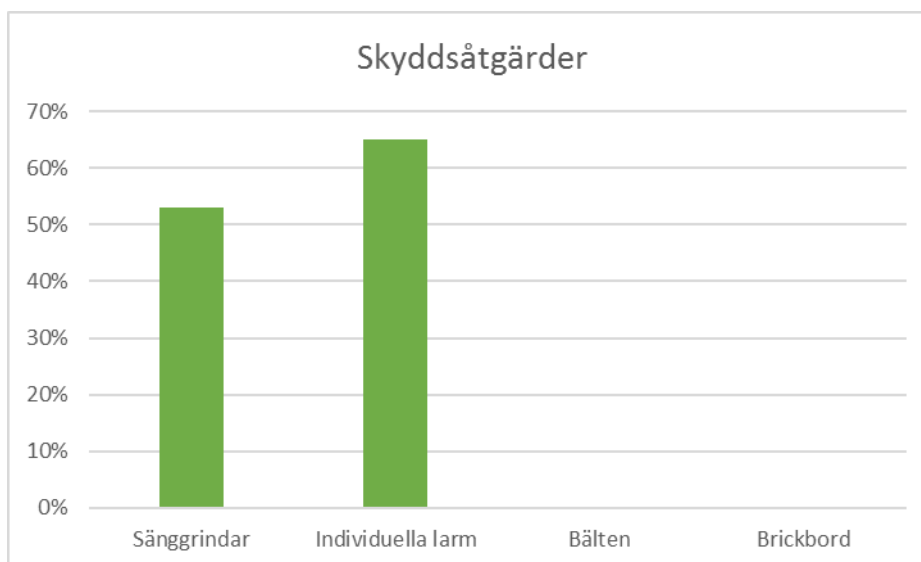
---

Månatlig uppföljning av HSL-indikatorer till stadsdelens MAS visar att under 2016 skickades 14 boenden till sjukhuset för akut vård, detta motsvarar 4% av den totala beläggningen. Utav dessa skrevs 6 boenden in för vidare vård på sjukhuset, detta motsvarar 46%.

### Skyddsåtgärder



Andel boenden under 2016 med skyddsåtgärder.

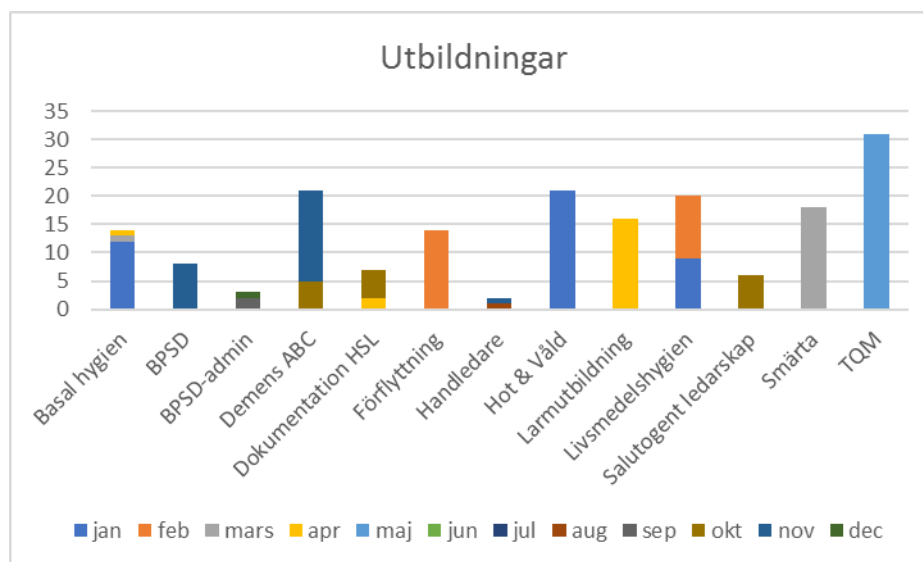


Boende med skyddsåtgärder under 2016.

Månatlig uppföljning av HSL-indikatorer till stadsdelens MAS visar att 89% av våra boenden hade skyddsåtgärder under 2016.

## Utbildningar

Under 2016 har medarbetare på St.Eriks vård- och omsorgsboende genomgått diverse utbildningar för att öka kompetensen inom vardera område för att i sin tur öka kvalitén på det utförda arbetet.



Antal medarbetare som genomfört utbildning under 2016.

## Måluppfyllelse

Mål satta i verksamheten för 2016:

1. Arbeta följsamt till utarbetade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården
2. Arbeta preventivt i syfte att förebygga skador – riskbedömningar
3. Arbeta för att öka patientens och/eller närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården

Strategier för att uppnå dessa var:

- Avvikelse rapportering alltid sker när någon händelse inträffat
- Patientjournal förs i den omfattning lagen föreskriver
- Utveckla nationellt fackspråk i patientjournalen (ICF)
- Förebyggande arbetet sker dagligen i allt vårdarbete
- Tvärprofessionell samverkan sker på varje våningsplan
- Riskbedömningar görs och att resultat återfinns i patientjournalen
- Varje påbörjad vårdrelation inleds med kommunikation med patienten och deras anhöriga
- Egenkontroll
- Utveckla arbetet med BPSD metoden/Palliativa registret/Senior Alert/tvärprofessionella team

---

Mål ett är ej mätbart men arbetet har fortskridit under hela 2016. Gällande mål två så finns det ingen statistik över antalet skador men vi nådde målet för procentuellt antal boende med riskbedömningar i samtliga områden förutom inkontinensutredning samt munhälsobedömningar (roag). Det tredje målet är ständigt pågående i verksamheten.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Mål för 2017:

1. Öka antalet registrerade avvikelser i TQM och VODOK genom att fortsätta att implementera den lokala rutinen för avvikelshantering och kontinuerlig uppföljning på APT.
2. Förbättra HSL-dokumentationen genom att upprätta arbetsbeskrivningar för samtliga yrkeskategorier, handledning, kollegial granskning och kontinuerlig uppföljning på APT.
3. Öka erbjudande om eftersamtal vid palliativ vård genom att upprätta arbetsbeskrivningar för samtliga yrkeskategorier, handledning och kontinuerlig information på APT.
4. Strukturera upp HSL-möten och teammöten för att diskutera händelser, rutiner och förbättringsförslag.
5. Fortsätta omstarten av BPSD-arbetet genom kvalitetsarbete i Vård- och omsorgsgruppen, arbetsbeskrivningar för de nyutbildade BPSD-administratörerna samt genom att upprätta en lokal rutin för arbetet.