

Patientsäkerhetsberättelse

St. Eriks vård- och omsorgsboende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet:

2018-02-27

Linda Fagervall
Verksamhetschef

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Sammanfattning | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| Struktur för uppföljning/utvärdering | 5 |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 6 |
| Uppföljning genom egenkontroll | 6 |
| <i>Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning</i> | 6 |
| <i>Intern revision</i> | 7 |
| <i>Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare</i> | 8 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 9 |
| <i>Intern samverkan</i> | 9 |
| <i>Läkarorganisation</i> | 9 |
| <i>Sjukhus</i> | 9 |
| <i>Vårdhygien</i> | 9 |
| <i>Apoteket</i> | 9 |
| <i>Uppdragsgivare</i> | 9 |
| <i>Intertek</i> | 10 |
| Risakanalys | 10 |
| <i>Extraordinära händelser</i> | 10 |
| <i>Trygghet och säkerhet</i> | 10 |
| <i>Riskbedömningar enskild boende</i> | 10 |
| Informationssäkerhet | 11 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 11 |
| Klagomål och synpunkter | 12 |
| <i>Rapportering</i> | 12 |
| <i>Utredning och analys</i> | 12 |
| <i>Återkoppling</i> | 12 |
| <i>Sammanställning</i> | 12 |
| Samverkan med patienter och närstående | 13 |
| Sammanställning och analys | 13 |
| Resultat | 14 |
| <i>Händelser</i> | 14 |
| <i>Klagomål och synpunkter</i> | 15 |
| <i>Egenkontroller och externa kontroller</i> | 16 |
| <i>Måluppfyllelse</i> | 22 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år | 22 |

Sammanfattning

St.Eriks vård- och omsorgsboende har totalt 30 lägenheter med heldygnsomsorg fördelat på fyra avdelningar. Samtliga lägenheter är avsedda för personer med demenssjukdom. Norlandia Care KOSMO AB driver St.Eriks vård- och omsorgsboende sedan 1 november 2013 genom ett entreprenadavtal med Kungsholmens Stadsdelsförvaltning.

St.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar aktivt med patientsäkerheten och har satt övergripande mål och strategier samt ansvarsfördelning över hur arbetet ska gå till. Samverkan med interna och externa aktörer, som t.ex. läkarorganisation, sjukhus och uppdragsgivare, sker fortlöpande för att nå målen. Närstående uppmuntrar även samverkan genom bl.a. synpunkter för att verksamheten 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 utvärderas. Verksamheten har kompletterat dessa med lokala rutiner hur uppföljningen sker praktiskt i det dagliga arbetet. Uppföljning sker även i form av egenkontroller som bl.a. ”Nyckeltal” och kollegial granskning av dokumentation.

Under 2017 har implementeringen av Norlandias ledningssystem, med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbetet samt händelsehanteringen, fortsatt. Arbetet med Norlandias årshjul med regelbundna aktiviteter för att stärka patientsäkerheten har även fortsatt. Även implementeringen av egenkontroller har fortsatt och utvecklats. Samtliga befintliga rutiner genomgick årlig revidering löpande under året och kompletterades med fler rutiner för att stärka patientsäkerheten.

Resultatet av 2017 visade att rapporteringen av händelser åter ökat jämfört med 2016, då övergången till ett nytt rapporteringssystem skedde, och en mer rättvisande bild presenteras nu i verksamheten. Under året har en hel del händelser gällande missförhållanden registrerats pga. utåtagerande boende, vilket lett till en helhetsutredning som pågår än men där stora förbättringar kunnat ses under året.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med händelser betydligt, hade en väl fungerande läkemedelshantering och bedömdes övergripande som ett fint äldreboende med god ordning och reda, bra boendefokus och kvalitets- och miljöengagemang. Förbättringsområden sågs framförallt i implementeringen av nyckeltal som egenkontroll där alla ombud ej tagit sitt ansvar samt palliativa vården, vilka båda satts upp som mål i 2018. Verksamheten uppnådde hälften av de uppsatta målen för 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 genom-syrar hela vår organisation.

St.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar enligt Patientsäkerhetslagen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Norlandias ledningssystem (TQM) och innefattar riktlinjer och rutiner samt händelseantering och används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

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. Kvalitetschef tillsammans med alla regioners MAS / kvalitetsutvecklare 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. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, teamledande sjuksköterska och teamledande undersköterskor/vårdbiträden (2st).

Teamledande sjuksköterska ansvarar över att samordna egenkontroller samt utveckling av patientsäkerhetsarbetet på verksamheten och sammanställer resultat och analys till verksamhetschef regelbundet och årligen till patientsäkerhetsberättelse.

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 sjukvårdspersonal 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 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.

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 med mål som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning av planerna sker regelbundet och vid behov.

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. Den interna MAS:en 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 händelser diskuteras.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2017 har implementeringen av Norlandias ledningssystem, som startades upp under 2016, fortsatt med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbetet. Detta har inkluderat fortsatt implementering av Norlandias årshjul som schemalägger aktiviteter och nyckeltal gällande bl.a. kvalitet utöver året som stärker patientsäkerheten.

Löpande under året har samtliga lokala rutiner genomgått en årlig revidering för att hålla dem uppdaterade med korrekt information samt utvecklas för att göra dem ännu tydligare. För att säkra upp patientsäkerheten upprättades även ett par nya lokala rutiner, bl.a. arbetsbeskrivningar för olika professioner, åtgärder vid fallolyckor, livsmedelshantering, checklista för palliativ vård.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar över de egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet. Egenkontroller följs upp med hjälp av "Nyckeltal", se lista nedan.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende registrerar utsedda ombud och HSL-personal nyckeltal 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.

Avvikelser och händelser

- antal fallhändelser registreras månadsvis av verksamhetschef
- antal läkemedelsrelaterade händelser registreras månadsvis av verksamhetschef
- genomförd sammanställning och analys för att identifiera bakomliggande orsaker registreras kvartalsvis av verksamhetschef

Basal hygien

- antal genomförda webbutbildningar registreras månadsvis av verksamhetschef (skall ske årligen för all personal)
- antal genomförda observationer registreras av ombud i kvalitetsgruppen "Säker vård och omsorg" 4 gånger om året, sammanställning och

analys sker därefter i kvalitetsgrupp

- antal självskattning registreras av ombud i kvalitetsgruppen ”Säker vård och omsorg” 2 gånger om året, sammanställning och analys sker därefter i kvalitetsgrupp
- hygienrond skall ske årligen enligt årshjul

Begränsningsåtgärder

- antal begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) registreras av sjuksköterskor månadsvis

Brandskyddsarbete

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten registreras månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen ”Hälsofrämjande miljö”

Delegeringar

- antal aktuella läkemedelsdelegeringar, insulindelegeringar, övriga delegeringar samt indragna delegeringar registreras av sjuksköterskor månadsvis

Dokumentation

- antal granskade SoL-journalerna registreras månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen ”Kontaktmannaskap”
- antal granskade HSL-journalerna registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antalet aktuella genomförandeplaner registreras månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen ”Kontaktmannaskap”

Infektioner och Antibiotika

- antalet antibiotikabehandlade infektioner registreras månadsvis av sjuksköterskor
- HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterades infektioner och antibiotikaförbrukning genomförs årligen av teamledande sjuksköterska

Kvalitetsregister

- antal registreringar i Senior Alert och Palliativa registret registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antal registreringar i BPSD månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen ”Säker vård och omsorg”

Läkemedelshantering

- utförda narkotikakontroller registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antalet läkemedelsgenomgångar registreras månadsvis av sjuksköterskor

Medicintekniska Produkter (MTP)

- MTP sammanställas, kalibreras och besiktigas årligen och rapporteras i nyckeltal av sjuksköterskor

Nattfasta

- antal registreringar av boendes nattfasta registreras av sjuksköterskor tre gånger per år.

Trycksår

- antalet trycksår och övriga sår registreras månadsvis av sjuksköterskor
- PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomförs årligen av teamledande sjuksköterska

Intern revision

Årligen genomgår verksamheten intern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) utav MAS / kvalitetsutvecklare för att säkerställa verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare

Statistik hälso- och sjukvårdsindikatorer

Två gånger per år utförs en så kallad punktprevalensmätning (PPM) över HSL-indikatorer angående blåsdysfunktion och skyddsåtgärder som en del av patientsäkerhetsarbetet. Denna mätning utförs av sjuksköterskor och rapporteras till Kungsholmens MAS.

Infektionsregistrering

Varje månad sammanställs inträffade fall av infektion i verksamheten av sjuksköterskor och skickas till stadsdelens MAS utefter efterfrågad mall.

Dokumentation

Två gånger per år utförs egenkontroll av HSL-dokumentationen på verksamheten efter uppdrag av stadsdelens MAS och MAR som komplement till deras egen löpande granskning. Denna granskning utförs av sjuksköterskor. Syftet är att se om vården av den boende kan följas i journalen och att den därmed kan säkerställas.

Resultatet diskuteras regelbundet i HSL-gruppen för att utveckla dokumentationen ytterligare.

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

På St.Eriks vård- och omsorgsboende ansvarar Legevisitten för läkarinsatserna. 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, omvårdnadsmässiga 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 tillsammans med teamledande sjuksköterska vidtar åtgärder utifrån analysen. Under dessa genomgångar återkopplas även verksamhetens arbete gällande riskbedömningar MNA, Downton Fall Risk och Nikola samt ADL enligt Sunnås och Munstatus – ROAG som inhämtats av stadsdelens MAS/MAR via sammanställning i journalsystem Vodok.

Intertek

Norlandia anlitar Intertek för extern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) som i sin tur besök slumpmässigt utvalda verksamheter årligen för att granska verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Extraordinära händelser

Norlandia 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.

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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

På St.Eriks vård- och omsorgsboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med försiktighet. Sedan tidigare lämnas aldrig personuppgifter ut i mail eller telefonmeddelanden utan tas enbart vid muntlig överrapportering externt. Internt lämnas inga fullständiga personuppgifter synliga för obehöriga att ta del av utan all information förvaras i låst dokumentationsrum.

För att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk så sker en systematisk loggkontroll månadsvis i HSL-journalen. Egenkontroller gällande innehållet i både HSL- och SoL journal utförs även, se ovan under egenkontroller.

Under 2017 har diskussioner angående införandet av GDPR under 2018 redan börjat planeras för att säkra upp informationssäkerheten ytterligare, men fler åtgärder kommer under 2018.

Under 2017 har även befintliga rapporteringsrutiner intern mellan tjänstgörande personal förtydligats i skriftliga rutiner för att säkerställa att viktig information tas del av. På St.Eriks vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport men tjänstgörande sjuksköterska förmedlar dock även information av vikt muntligen till övriga professioner. Planeringsblad på avdelningarna har även införts under 2017 för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även veckovis mellan professionerna i sittande teammöten.

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.

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 vid anhörigträffar 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 och analys

Samtliga synpunkter registreras in i TQM av verksamhetschef och hanteras med övriga händelser där orsaksanalys genomförs och sakansvariga utredare utses. Synpunkter som berör enskild boende behandlas under teammöte där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans utföra orsaksanalys och 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, medan synpunkter på individnivå återkopplas till berörd person. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor.

Sammanställning

Kvartalsvis analyseras alla synpunkter och klagomål tillsammans med övriga registrerade händelser i TQM, se nedan under Sammanställning och Analys.

Inkomna synpunkter och klagomål rapporteras tertialvis på efterfrågan av Kungsholmens stadsdelsförvaltning där ärenden kortfattat beskrivs och åtgärder redovisas. Årligen sammanställs sedan alla synpunkter och klagomål i en analys med sammanfattade åtgärder till Kungsholmens stadsdelsförvaltning.

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 om-sorgen 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.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

I enlighet med Norlandias centrala rutiner sammanställs och analyseras alla registrerade händelser i TQM kvartalsvis. Dessa händelser innefattar avvikelser, tillbud, förbättringsförslag, synpunkter och klagomål. Inkomna rapporter registreras även de som en eller flera händelser med separata åtgärder.

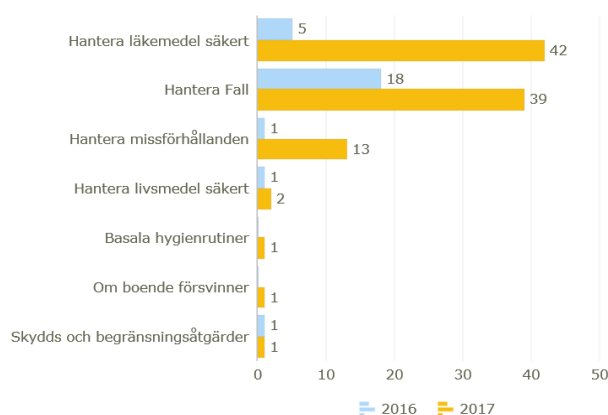
Genom att analysera alla händelser samlat i TQM kvartalsvis kan mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet upptäckas som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall. Trender och mönster används sedan för utveckling i verksamheten där processer och rutiner säkras upp.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Händelser

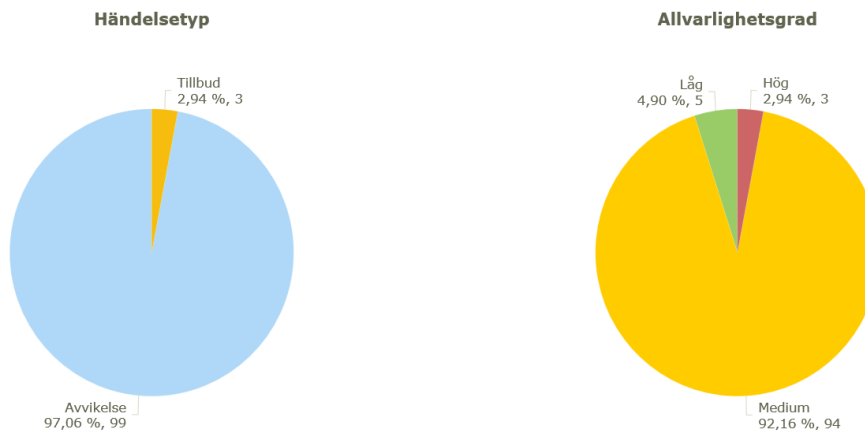
Under 2017 har avvikelshanteringen och rapporteringsskyldigheten samt ansvarsfördelningen tydliggjorts jämfört med 2016 (då rapporteringen av händelser övergick från pappersblankett till vårt elektroniska system TQM). Detta resulterade i att det åter registreras en mer rättvisande bild av de avvikelser som sker i verksamheten.



Registrerade avvikelser och tillbud i TQM under process "Trygghet & Säkerhet" jämfört åren 2016-2017.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat markant jämfört med 2016, men detta förklaras av en ökad medvetenhet hos personalen och kunskap i att registrera avvikelser. Även antalet fallavvikelser har ökat under 2017, föregående år har dock en missvisande statistik då rapporteringen övergick från papper till elektroniskt system under senare delen av året.

Merparten (8st) av de avvikelser som under året har registrerats under "Hantera missförhållanden" grundar sig i samma utåtagerande boende som agerat eller hotat om slag/putt/hårda grepp mot medboende. En helhetsutredning har under året skett med omvårdandansvarig sjuksköterska, intern MAS, verksamhetschef, arbetsteam samt BPSD-team med kontinuerliga åtgärder för att förhindra att händelse av liknande slag sker igen. Detta arbete pågår än men stora förbättringar har under året kunnat ses.



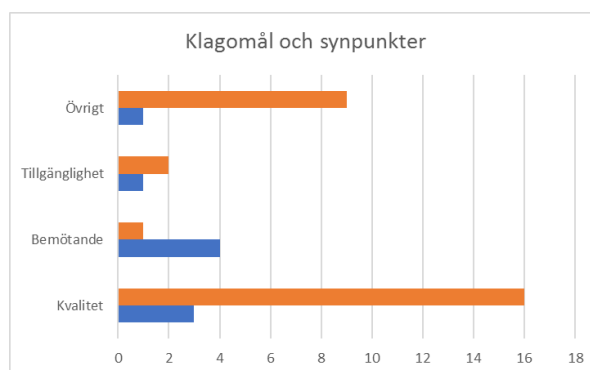
Fördelning händelsetyp och allvarlighetsgrad registrerade händelser TQM 2017 under process Trygghet & Säkerhet.

Under processen ”Trygghet & Säkerhet” har det under 2017 registrerats totalt 102 avvikelser och tillbud varav tre har graderats av hög allvarlighetsgrad, se tabeller ovan.

Dessa tre avvikelser handlar om boende som oprovocerat slagit och puttat medboende, upptäckta blåmärken på boende samt boende som avvek från verksamheten. Alla tre händelserna ledde till att Lex Sarah utredningar 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 även med Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Under 2017 har inga händelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.

Klagomål och synpunkter



Registrerade klagomål och synpunkter 2017 (orange) jämfört med 2016 (blå).

Under 2017 inkom totalt 28 stycken klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Detta är en markant ökning från 2016 och förklaringen till detta kan vara en mer systematisk registrering av de synpunkter och klagomål som kommer in. Några fåtal av de klagomål och synpunkter under ”Övrigt” handlade om boende som upplevde en rädsla i samband med uttåge-

rande boende (se ovan under händelser). De andra inkomna synpunkterna och klagomålen berör inte patientsäkerheten utan handlade om anhörigas upplevelse om bl.a. aktivitetsutbudet på verksamheten och städningen i lägenheterna.

Egenkontroller och externa kontroller

Basal hygien

Under 2017 har 24 av 31 personal genomfört den årliga webb utbildningen. Observationer och självskattningar gällande basal hygien startades upp under 2017. Enligt nyckeltalen har 47 personer genomfört självskattning och 28 personer har observerats, dessa siffror är dock missvisande då ombud inte förstått uppdraget fullt ut därav har inte heller analyser genomförts av granskningarna. Hygienrond genomfördes inte under 2017.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

PPM mätning som registrerats gällande skyddsåtgärder under 2017 visar att antal boende med skyddsåtgärder har minskat mellan de två mätningarna. Enligt nyckeltal förekommer 17-29st begränsningsåtgärder totalt varje månad på verksamheten.

Blåsdysfunktion

PPM mätning som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2017 visar att andel boenden med aktuell utredning ökat, dock så finns ingen markant skillnad i antal boende med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

Brandskyddsarbete

Registrerade nyckeltal visar att de fyra avdelningar genomfört brandkontroller så gott som varje månad.

Delegeringar

Nyckeltal visar att antalet aktuella delegeringar har ökat från 26st till 39st under perioden april-december 2017. Detta är på grund av fler timanställda över sommarsemestrarna.

Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2017 då verksamheten inte har kommit igång månadsvis med kollegial granskning utefter Norlandias egen granskningsmall som

revideras under 2017 för att passa journalsystem Vodok.

Under granskning våren 2017 skedde en kollegial granskning där två sjuksköterskor granskade tre journaler var och då framkom förbättringsområden inom följande:

- Uppgift om kontakt med närstående nattetid
- Frastexter inom ID-kontrollen
- Röst och talfunktioner i ICF
- Användandet av sökord ”tackat nej till bedömning” i bedömningsinstrument
- Kartlagt hälsotillstånd
- Mätbara hälsotillstånd i hälsoplaner
- Nytt hälsotillstånd i ICF efter utvärderad hälsoplan

Under granskning hösten 2017 granskade tre sjuksköterskor samt två rehabpersonal en journal var och resultatet jämfördes med föregående granskning från våren 2017. En ökad förståelse över hur dokumentation enligt ICF, frastexter och bedömningsfaktorer skall ske kunde ses i resultatet vilket medförde fler registrerade brister.

Loggkontroller för 2017 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Nyckeltalsregistreringen gällande aktuella genomförandeplaner och granskade SoL-journaler är inkomplett då alla ombud ej tagit på sig sitt ansvar i rollen.

Infektioner och antibiotika

Under 2017 har månatlig infektionsregistrering skickats till stadsdelens MAS. Enligt nyckeltal har verksamheten haft 16st antibiotikabehandlade infektioner (varav 3st UVI) totalt under året med en jämn fördelning på 0-3st/månad. HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterades infektioner och antibiotikaförbrukning genomfördes i november 2017 där 27 av 30 boenden deltog. Denna visade två stycken pågående antibiotikabehandlingar.

ISO - revision

I mars 2017 kom Intertek på uppdrag från Norlandia för ISO-revision på St.Eriks vård- och omsorgsboende. Övergripande bedömdes St.Erik som ett fint äldreboende med god ordning och reda, bra boendefokus och kvalitets- och miljöengagemang. St.Erik bedömdes även ha en bra atmosfär och målhantering. Verksamhetens styrkor var enligt revisionen att även de lokala rutinerna fanns i ledningssystemet och ett bra systematiskt arbete med avvikelser. Svagheter identifierades som viss svårighet att hitta bland rutinerna. Inga hot fanns enligt revisionen och möjligheter verksamheten hade var att utnyttja avvikelssystemet ytterligare.

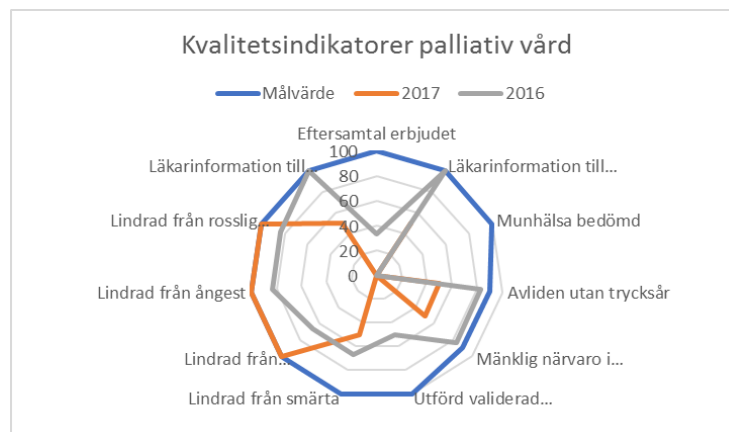
Revisionen ledde inte till några stora avvikelser men till två mindre; Stickprov

visar att orsaksanalys vid avvikelser inte var nog fullständig, ej komplett dokumentation i Parasol. Avvikelser registrerades i TQM och har därefter åtgärdats.

Verksamheten fick även två ”guldstjärnor” av revisörerna. Den första pga. den väl utförda interna revision som skedde i december 2016, var stora brister funnits, och som snabbt kunnat åtgärdas pga revision. Den första pga. det stora förbättringsarbete som skedde mellan intern revision som visade stora brister i ledningssystem och implementering av centrala rutiner, och denna revision.

Den inplanerade interna ISO-revisionen i december 2017 sköts upp till januari 2018 pga. sjukdom.

Kvalitetsregister



Resultat i de olika kvalitetsindikatorerna i Palliativa registret 2017 jämfört med 2016 och målvärden.

Resultatet för 2017 i palliativa registret visar två boenden som registrerats i registret, dock så har tre stycken boende registrerats under 2017. Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet och hade förbättrat resultat jämfört med 2016 vad gäller lindrade mot illamående, ångest och rosslig andning.

I övriga områden nådde inte verksamheten målvärden och hade dessutom försämrat sitt resultat jämfört med 2016 då 6st boende registrerats. Ingen av de två boende hade erbjudits eftersamtal, enbart den ena hade fått läkarinformation till boende och närstående, ingen av de två hade fått munhälsan bedömd eller en validerad smärtskattning utförd och slutligen hade enbart en av de två boende avlidit utan trycksår samt haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Dessa områden kommer att utvecklas under 2018.

Nyckeltalsregistreringen visar att 26-30 boenden har aktuella registreringar i Senior Alert varje månad. Motsvarande siffra i BPSD-registret är ej komplett då nyckeltalen inte är kompletta från samtliga avdelningars ombud.

Läkemedelshantering

I maj 2017 skedde en kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering på St.Eriks vård- och omsorgsboende. Granskningen utfördes av apotekare från Apoteket AB.

Norlandias övergripande instruktioner och lokal rutin gällande läkemedelshantering granskades tillsammans med läkemedelsförråd och tre läkemedels-skåp hos boende. Läkemedel bedömdes förvaras i läkemedelsrummet på ett överskådligt sätt och läkemedelshantering upplevdes fungera mycket bra.

Åtgärdsplanen från föregående granskning följdes upp. Majoriteten av påpekandena hade åtgärdats. De få som kvarstod och fortfarande var aktuella togs upp även detta år.

Efter granskning lämnades följande förbättringsförslag:

- Lokala rutinen behövs uppdateras med korrekta namn efter att personal nyligen slutat.
- Lokal rutin behövs uppdateras från e-dos till Pascal.
- Ansvarig SSK för akutläkemedelsförrådet rekommenderas börja prenumerera på läkemedelsverkets nyhetsmail.
- Olika versioner av signeringslistor fanns hos olika boende.
- Signeringslista bör kompletteras med teckenförklaringar till varför boende ej vill ta läkemedel
- Signeringslista bör kompletteras med tydligare information om läkemedel skall krossas.
- Generiska byten behövs kompletteras i lokal rutin samt bytas på signeringslistor.
- Ordning på ögondroppar bör anges på signeringslista om flera skall ges vid samma tillfälle. Detta bör dock inte delegeras utan bör skötas av SSK.
- Rumstemperatur i läkemedelsrum bör dokumenteras regelbundet.
- Rekommenderar att ett nytt kylskåp införskaffas då detta är litet och vid enstaka tillfälle ej haft acceptabel temperatur.
- Rekvirering av läkemedel för enbart en månad åt gången bör ske, inte lagerhålla mer än så.
- Årtal i narkotikajournal måste anges, tip-ex får ej förekomma och lån mellan boende får ej heller förekomma.
- Sjuksköterskor uppmanas att rapportera vårdkedjeavvikelse till sjukhus när informationsöverföring ej fungerar.

Förbättringsförslag sammanställdes i handlingsplan där teamledande sjuksköterska samordnat åtgärder löpande under året. Resultat följs upp vid kommande granskning.

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller och läkemedelsgenomgångar är ej kompletta.

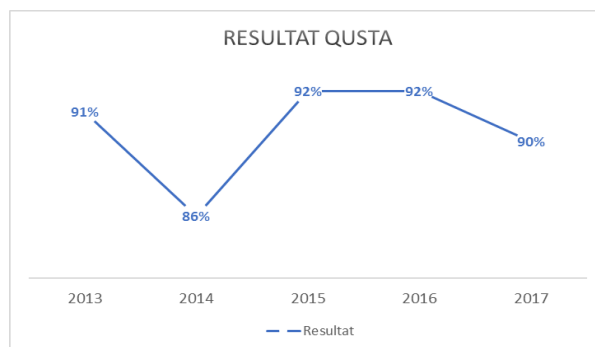
Medicintekniska Produkter (MTP)

Nyckeltal gällande MTP är ej ifyllda under året men arbete har påbörjats under 2017. Besiktning är utförda, och hjälpmedel finns inventarieförteckning på dock skall övriga MTP inventarielistas och kalibreras.

Nattfasta

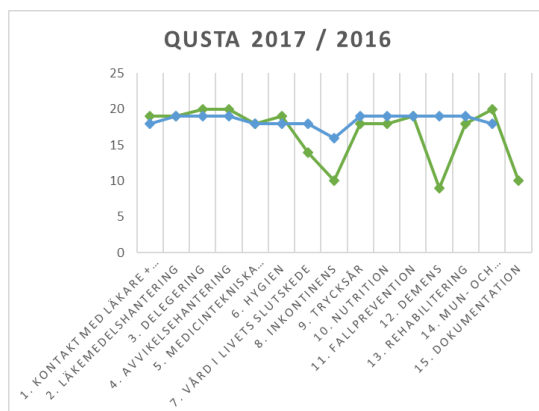
Enligt nyckeltal har nattfasteregistering skett i juni och november 2017. Resultatet visade att snittet på nattfastan låg på 11,4 timmar, med 9 timmar som minst och 16 timmar som mest. Boende med ofrivillig nattfasta över 11 timmar ordinerades åtgärder av sjuksköterska. Boende med betydligt längre nattfasta än 11 timmar var ej ofrivillig utan boende hade aktivt valt att inte bli störd nattetid.

QUSTA



Resultat i QUSTA jämfört över åren 2013-2017.

Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes i augusti 2017, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende ett sämre resultat än föregående år, se tabell ovan. Dock så är inte resultaten helt jämförbara då underlaget har uppdaterats med nya frågeställningar och poängsättning (ex. demensvården).



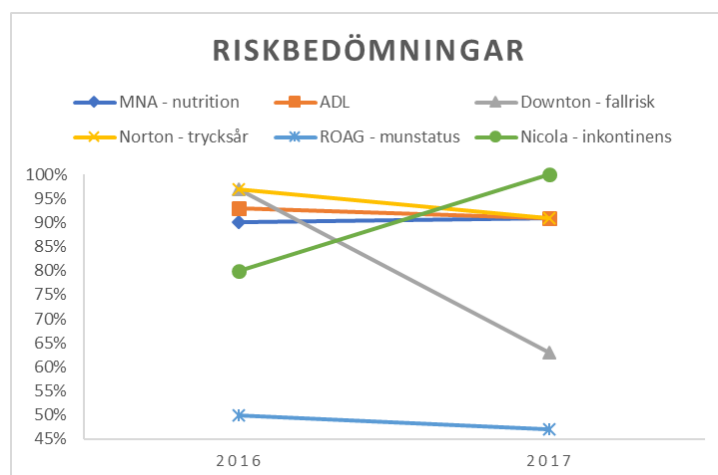
Resultat QUSTA 2017 (grön) jämfört med 2016 (blå).

Förbättringsområden som utsågs var:

- Vård i livets slutskede – genom att införa den nationella vårdplanen vid palliativ vård (NVP) samt säkerställa att vårdplan upprättas efter brytpunktssamtal för vård i livets slut.
- Inkontinensvården – med fokus på att säkerställa att alla boenden har inkontinenshjälpmedel förskrivna av legitimerad personal och dokumenterad i HSL-journal med tillhörande vårdplan.

Dessa områden har verksamheten därefter arbetat aktivt med.

Riskbedömningar



Utveckling riskbedömningar 2017 jämfört med 2016.

Resultatet visar att St.Erik uppnår målen för registreringar i samtliga områden förutom ROAG och Downton. En tydlig förbättring kan ses gällande inkontinensbedömningar Nicola jämfört med 2016.

Trycksår

Nyckeltalen för trycksår är enbart registrerade januari – augusti 2017 var det funnits 0-4 trycksår / månad. Under året finns 0-4st övriga sår registrerade. PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomfördes under 2017 av teamledande sjuksköterska

Måluppfyllelse

Mål satta i verksamheten 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.

Resultat:

1. Målet är uppnått men arbetet fortskrider även kontinuerligt framöver.
2. Mål delvis uppnått. Arbetsbeskrivningar för rehab-personal saknas än. Månatlig kollegial granskning har ej kommit igång än. En ökad förståelse inom HSL-dokumentationen hos ansvarig personal kan upplevas.
3. Mål ej uppnått.
4. Målet är uppnått, möten är schemalagt strukturerat men arbetet med att optimera agenda till möten fortsätter att formas efter behov i verksamheten.
5. Mål ej uppnått.

Övergripande mål och strategier för kommande år

1. Säkerställa att samtliga medarbetare utför basal hygien utbildning genom att schemalägga utbildningstiden.
2. Fortsätta implementera arbetet med nyckeltal och säkerställa att ombud förstår syfte bakom och därav tar sitt ansvar och registrerar sin del.
3. Utveckla dokumentation med hjälp av månatliga egenkontroller
4. Uppnå målvärden inom palliativa registret för alla områden genom att införa NVP.
5. Uppnå stadsdelens mål för riskbedömningar inom samtliga områden genom att tydliggöra ansvaret för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.