

Patientsäkerhetsberättelse

St. Eriks vård- och omsorgsboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet:

2019-02-27

Linda Fagervall
Verksamhetschef

Irena Hansson
Bitr. 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>	9
<i>Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare</i>	9
<i>Övriga egenkontroller</i>	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
<i>Intern samverkan</i>	10
<i>Läkarorganisation</i>	10
<i>Sjukhus</i>	10
<i>Vårdhygien</i>	10
<i>Apoteket</i>	11
<i>Uppdragsgivare</i>	11
<i>Intertek</i>	11
Risakanalys	11
<i>Extraordinära händelser</i>	11
<i>Trygghet och säkerhet</i>	11
<i>Riskbedömningar enskild boende</i>	11
Informationssäkerhet	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Klagomål och synpunkter	13
<i>Rapportering</i>	13
<i>Utredning och analys</i>	13
<i>Återkoppling</i>	13
<i>Sammanställning</i>	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Sammanställning och analys	15
Resultat	15
<i>Händelser</i>	15
<i>Klagomål och synpunkter</i>	18
<i>Egenkontroller och externa kontroller</i>	19
<i>Måluppfyllelse</i>	26
Övergripande mål och strategier för kommande år	27

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 uppmuntras även till 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 2018 har ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och biträdande verksamhetschef utvecklats för att frigöra mer tid för uppföljning och utveckling. Under året har implementeringen av Norlandias årshjul fortsatt där egenkontroller analyserats och verksamhetens lokala rutiner därefter setts över och reviderats vid behov. Även stora utbildningssatsningar har genomförts under året för att öka patientsäkerheten.

Resultatet av registrerade händelser under 2018 visade att något fler händelser registrerats jämfört med 2017. Under året har 10st händelser bedömts vara av hög allvarlighetsgrad. Under 2018 inkom liknande antal klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende som föregående år.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bl.a. dokumentationen (både HSL och SoL), målvärden kring palliativ vård, QUSTA-analys samt ISO-revision. Förbättringsområden sågs framförallt i utförda riskbedömningar, dokumentation av skyddsåtgärder, BPSD-arbetet samt egenkontroller gällande basal hygien. Samtliga av dessa har satts upp som mål för verksamheten under 2019. Verksamheten uppnådde delvis fyra av de fem uppsatta målen för 2018.

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 händelsehantering 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 (likväl biträdande verksamhetschef) och teamsamordnande undersköterskor/vårdbiträden (4st).

Biträdande verksamhetschef 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 behandlas och hanteras dessa risker vid omvårdnadskonferenser (f.d. teammöten) på respektive avdelning där representanter från alla professioner i arbetsteamet deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en hälsoplan med mål som ska vara kända och tillgängliga för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning sker regelbundet och vid behov.

Avvikelser/Händelser av individuell karaktär behandlas även de under omvårdnadskonferenserna 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 åtgärder, 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 från verksamheten diskuteras. Även centrala och regionala händelser av allvarlig art informeras under arbetsplatsträffar för att ta lärdom och förhindra att händelse av liknande art händer i verksamheten.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2018 har ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och biträdande verksamhetschef utvecklats, där biträdande verksamhetschef tar i första hand om ”HSL-frågor” med tillhörande personal och verksamhetschef om ”SoL-frågor” med tillhörande personal. Detta sker dock under tätt samarbete där verksamhetschef har det yttersta ansvaret. Denna fördelning gör dock att mer tid för uppföljning och utveckling kan ges till båda områdena.

Under året har implementeringen av Norlandias årshjul, som schemalägger bl.a. aktiviteter och nyckeltal gällande patientsäkerheten, fortsatt där biträdande verksamhetschef satt sig in i alla delar och analyserat resultaten. Utefter dessa egenkontroller har sedan verksamhetens lokala rutiner setts över och reviderats vid behov, utöver den årliga revisionen.

Löpande under året har även utbildningssatsningar genomförts för bl.a. att öka patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar som genomförts under året var; Noll vision, BPSD, Brandkunskap, Journalsystem, Ledningssystem, Demens, Dokumentation (IBIC), Förflyttning, Basal hygien, Läkemedelshantering, Kontaktmannaskap, Palliativ vård, Värdegrund samt Introduktionsutbildning för nyanställda.

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. Utöver detta har verksamheten även upprättat några lokala egenkontroller. Egenkontroller följs upp med hjälp av ”Nyckeltal”, se lista nedan.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende registrerar utsedda ombud och biträdande verksamhetschef 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 teamledande sjuksköterska
- antal läkemedelsrelaterade händelser registreras månadsvis av teamledande sjuksköterska
- Månadsvis jämförs även så att händelser registrerade i de båda syste-

men (TQM och VODOK) stämmer överens med varandra av teamledande sjuksköterska.

- genomförd sammanställning och analys för att identifiera bakomliggande orsaker registreras kvartalsvis av verksamhetschef

Basal hygien

- antal genomförda webbutbildningar registreras månadsvis av verksamhetschef (planeras in årligen)
- 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
- PPM-mätning sker årligen av teamledande sjuksköterska

Begränsning/Skyddsåtgärder

- antal tvång- och begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) utan samtycke respektive dokumenterade samtycken för skyddsåtgärder registreras av sjuksköterskor månadsvis
- antal genomförda webbutbildningar i Noll Vision registreras månadsvis av verksamhetschef (planeras in årligen)

Brandskyddsarbete

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten registreras månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen "Hälsofrämjande miljö"
- antal genomförda brandronder registreras årligen.

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"
- antalet aktuella genomförandeplaner registreras månadsvis av ombud i kvalitetsgruppen "Kontaktmannaskap"
- löpande dokumentation i SoL-journal kontrolleras två gånger per år av verksamhetschef
- antal granskade HSL-journalerna registreras månadsvis av sjuksköterskor
- Loggkontroller utförs månadsvis av teamledande sjuksköterska

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”

Livsmedelshygien

- Temperaturkontroller på livsmedel vid leverans och vid servering utförs av tjänstgörande personal och följs upp av kostombud.
- Temperaturkontroller på kyl, frys, diskmaskin genomförs regelbundet och följs upp av kostombud.
- Rengöring av kyl, frys, förråd genomförs regelbundet och följs upp av kostombud.
- Rengöring av diskmaskin, fläkt, spis, ventiler, kranmunstycke genomförs regelbundet och följs upp av kostombud.
- Skadedjursbesiktning sker 2ggr/månad av kostombud.
- Food-stamp odling planeras in årligen av kostombud.
- Följsamheten av nedkylning av livsmedel följs upp månadsvis av kostombud.
- Utbildning av livsmedelshygien planeras in för samtlig personal årligen av verksamhetschef.

Läkemedelshantering

- utförda narkotikakontroller registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antalet läkemedelsgenomgångar registreras månadsvis av sjuksköterskor
- Antal utförda granskningar från Apoteket registreras av verksamhetschef årligen

Medicintekniska Produkter (MTP)

- MTP sammanställas, kalibreras och besiktigas årligen fördelat över olika månader 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

Trygghetslarm

- Larmdator kontrolleras dagligen för att säkerställa att den registrerar alla larm.
- Statistik över svarstiden på larm analyseras 4 gånger per år av verksamhetschef.
- Antal avbrott i larmloggning registreras månadsvis av verksamhetschef
- Kontroll av funktionen på boendes larm genomförs månadsvis av sjuksköterskor.

Övrigt

- Två gånger per år genomför Norlandias kvalitetsavdelning egenkontroll på samtliga verksamheter genom en självskattningsenkät. Detta år handlade enkäten om dokumentation. Resultatet redovisas centralt och utgör fokusområden för kvalitetsavdelningen framöver.

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 samt antalet boende med urinkateter/suprapubis kateter 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.

Övriga egenkontroller

Socialstyrelsen

Årligen besvaras enkät från socialstyrelsen angående kvalitet- och säkerhet på verksamheten. I år berördes patientsäkerheten i denna enkät genom egenkontroll av: Antal genomförandeplaner där det framgår varför boende har skyddsåtgärd.

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 omvårdnadskonferenser (f.d. teammöten) en gång i veckan på respektive avdelning. Där diskuteras våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter. HSL-personalen träffas regelbundet på separat arbetsplatsträff för HSL-grupp där samverkan över det dagliga arbetet och rutiner sker. Kvalitetsombud från varje avdelning träffas var 6:e vecka för att hantera händelser och utveckla kvalitén i verksamheten.

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 avtalsuppföljningar sker och under övriga tiden av året har vi regelbundna verksamhetsbesök och träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten.

Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR med kvalitetsinstrument QUSTA. Resultatet återkopplas till biträdande verksamhetschef som 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 besöker 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 gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten m.m. 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 2018 har informationssäkerheten säkrats upp ytterligare i och med införandet av GDPR.

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 används på avdelningarna för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även veckovis mellan professionerna i sittande omvårdnadskonferenser (f.d. 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 gällande hälso- och sjukvården till biträdande verksamhetschef som utser sakansvariga 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, kontinuerligt vid anhörigträffar från verksamhetschef samt löpande på informationstavlor.

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 omvårdnadskonferens (f.d. 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 åtgärder, uppföljning och återkoppling.

Återkoppling

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

Sammanställning

Kvartalsvis och årligen 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. Under 2018 startades även informationsbrev upp där verksamhetschef skriver om det pågående arbetet på verksamheten. Brevet publiceras på vår hemsida, hängs upp på informationstavlor samt mailas ut till de som anmält detta.

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 kontaktman 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 §

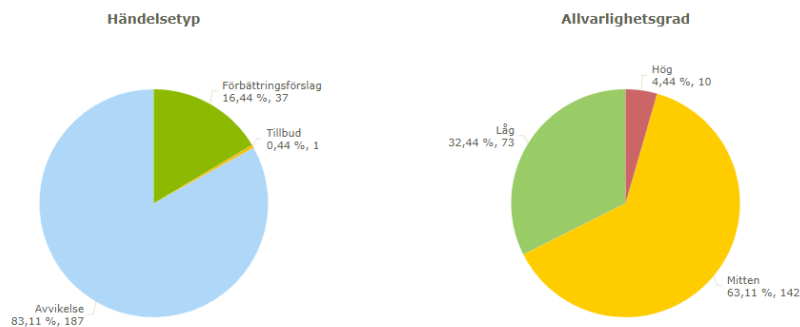
I enlighet med Norlandias centrala rutiner sammanställs och analyseras alla registrerade händelser i TQM kvartalsvis och årligen. Dessa händelser innefattar avvikelser, tillbud, förbättringsförslag, synpunkter och klagomål. Handlingsplaner utefter interna och externa kontroller registreras även de som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

Genom att analysera alla händelser samlat i TQM kvartalsvis och årligen 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

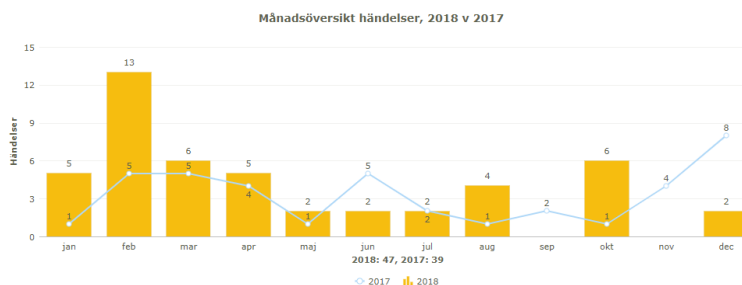


Fördelning händelsetyp och allvarlighetsgrad över samtliga registrerade händelser TQM 2018.

Under 2018 har totalt 225 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en ökning från 2017 (191st) som framförallt förklaras till att händelsehanteringssystemet användning har utökats då fler egenkontroller och externa kontroller registreras som händelser.

Utav dessa har 10st bedömts vara av hög allvarlighetsgrad; 1st var boende ID-märkt felaktigt, 2st var boende avvikit från verksamhet, 3st var boende varit utåtagerande mot medboende, 3st var samma boende varit utåtagerande mot personal samt 1st där larmsystem ej varit igång pga. längre strömavbrott. Utav dessa har en händelse föranlett anmälan enligt Lex Sarah samt en anmälan enligt Lex Maria. Samtliga händelser av hög allvarlighetsgrad redovisas vidare under varje process nedan tillsammans med övriga händelser som berör patientsäkerheten.

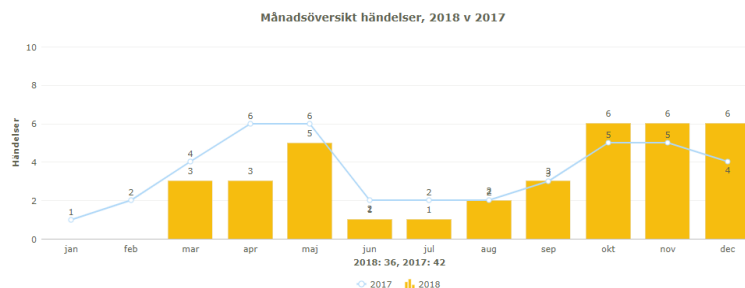
Hantera fall



Enligt statistik över registrerade händelser i TQM har antalet fallavvikelser under 2018 (47st) ökat något jämfört med 2017 (39st). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar enligt följande; Capella (7st fallolyckor, 3st boenden), Vega (7st fallolyckor, 4st boenden), Sirius (24st fallolyckor, 9st boenden), Orion (6st fallolyckor, 4st boenden). Ingen av fallolyckorna har lett till fraktur.

Analys av denna statistik visar att februari månad och avdelning Sirius utöver året har en högre fallfrekvens än övriga, men inget mönster i bakomliggande orsak kan spåras. Alla boenden med fallrisk har pågående individuella hälsoplaner med tillhörande åtgärder från alla professioner för att förebygga återkommande fall.

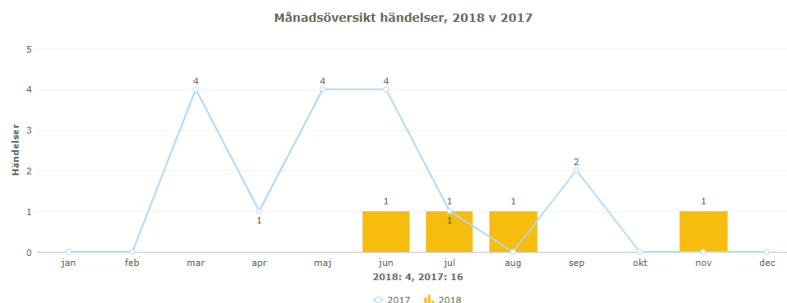
Hantera läkemedel säkert



Enligt statistik ur TQM har antalet händelser angående läkemedelshantering under 2018 (36st) minskat något jämfört med 2017 (42st). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar och övergripande enligt följande; Capella (7st), Vega (9st), Sirius (9st), Orion (5st), Övergripande (6st).

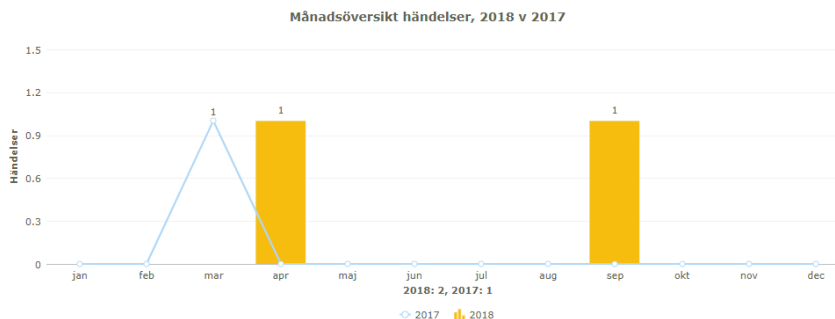
Analys av denna statistik visar ingen avvikande månad och en jämn fördelning över avdelningarna. Merparten av händelserna handlar om läkemedel som ej givits enligt ordination, då orsaken oftast varit att delegerad personal glömt bort att administrera läkemedel på utsatt tid. Varje händelse har utretts av ansvarig sjuksköterska där samtal med berörd omvårdnadspersonal och ställningstagande om fortsatt delegering har genomförts. Ingen delegering har återkallats under 2018.

Hantera missförhållanden



Under 2018 har fyra händelser registrerats i TQM angående missförhållanden, vilket är en tydlig minskning från 2017 då det var flera incidenter där boende var utåtagerande mot medboende, vilket ledde till Lex Sarah utredningar. Under 2018 har tre händelser av samma orsak registrerats där samma boende varit utåtagerande mot medboende, utan skada. Denna boende har pågående Lex Sarah sedan tidigare och handlingsplan därefter för att förebygga att liknande händelser sker igen. Ingen händelse har registrerats sedan augusti 2018. Den fjärde händelsen handlar om misstankar från anhöriga om stöld av guld-klocka hos boende i november, vilket visade sig vara boende själv som förlagt klockan.

Om boende försvinner



Under 2018 har två boenden avvikit från verksamheten. Händelsen i april innebar att boende avvek nattetid och återfanns hos dotter. Händelsen utreddes grundligt internt och orsaksanalys visade att personalens handenhets laddat ur och låg på laddning när personal var inne hos annan boende och personal kunde således inte uppmärksamma dörrlarmet. Flertalet åtgärder har vidtagits därefter för att förebygga att liknande händelse återkommer och händelsen Lex Sarah anmäldes, var inspektion för vård och omsorg (IVO) än ej återkommit med svar. Händelsen i september innebar att boende låst in sig själv på sitt rum och ej lyckats låsa upp dörr på egen hand, därför klev boende ut genom fönster till innergården och upptäcktes omgående av personal. Flertalet åtgärder har vidtagits därefter för att förebygga att liknande händelse återkommer.

Övriga händelser



Registrerade händelser i TQM under övriga processer jämfört åren 2017-2018.

Utöver ovanstående händelser har 15st övriga händelser registrerats angående patientsäkerheten i TQM.

Händelserna angående Basala hygienrutiner är förbättringsförslag utefter uppföljning av hygienrond, genomförd QUSTA-kontroll samt besök från äldreförvaltningen.

Händelserna angående Skydds- och begränsningsåtgärder är två avvikelser då larmdator ej registrerat larm under och efter strömavbrott, vilket åtgärder planerats in för att korta ner denna tid efter kommande strömavbrott. Även en avvikelse där boende klämt fast sig i sänggrind finns registrerad, med tillhörande förebyggande åtgärder.

Händelserna angående Medicintekniska produkter var fyra avvikelser gällande taklift som inte fungerade, luftmadrass som piper, luftmadrass som är tömd på luft samt att verksamheten saknar lokal rutin för MTP. Samtliga av dessa åtgärdades omgående.

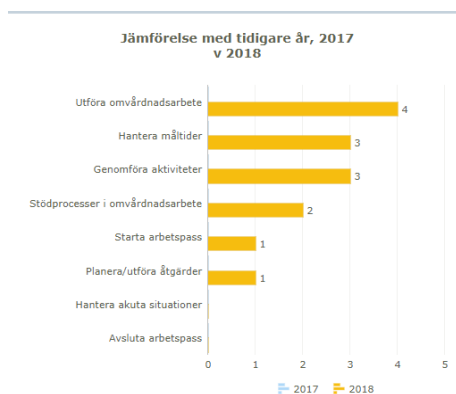
Händelsen om dokumentationen var ett förbättringsförslag som inkom vid uppföljning av våra uppdragsgivare att verksamheten bör se över att få tillgång till läkarjournaler efter rond.

Händelsen under "Planera/Utföra åtgärder" är av hög allvarlighetsgrad och är anmäld enligt Lex Maria, där verksamheten har fått svar från IVO att de inte går vidare med ärendet då verksamheten vidtagit tillfredsställande åtgärder. Händelsen gällde en boende som märktes med fel ID inför akut sjukhusbesök. Därefter har bl.a. ny central rutin vid ID-märkning tillsatts där två personal måste vara deltagande.

Klagomål och synpunkter

Under 2018 inkom totalt 24 stycken klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Detta är likvärdigt med 2017 (28st) men nya mätparametrar i registreringen gör att dessa inte syns i tabellen till höger.

Merparten (14st) av årets klagomål och synpunkter låg under processen "Daglig vård- och omsorg". Utöver detta registrerades klagomål och synpunkter angående fastighet & inventarier (5st), trygghet & säkerhet (2st), kontaktmannaskap (1st), inleda relation (1st), kontakt (1st).



*Registrerade händelser i TQM under processen
"Daglig vård- och omsorg" jämfört åren 2017-2018.*

De klagomål och synpunkter som berörde patientsäkerheten var överrapporteringen vid arbetspass som anhörig inte upplevde fungerade fullt ut och därefter tydliggjordes våra överrapporteringsrutiner till samtlig personal. Ett annat klagomål kom från anhörig som upplevde att den boendes klåda inte behandlades korrekt, vilket sågs över av ansvarig sjuksköterska. Ytterligare ett utav synpunkterna var från anhöriga som upplevde att låsen dörrarna till boendes lägenhet var svårhanterliga för äldre med demenssjukdom. Detta lyftes med uppdragsgivare och önskemål om s.k. "hottellås" lyftes från verksamheten. Ett klagomål gällde den guldklocka som saknades (se ovan under missförhållanden).

Egenkontroller och externa kontroller

Basal hygien

Under 2018 har 34 av 41 månadsanställd personal genomfört den årliga webbutbildningen, detta motsvarar 83% av de månadsanställda vilket är en ökning på 6% från föregående år.

Observationer och självskattningar gällande basal hygien startades upp under 2017 och nyckeltalen för 2018 är tyvärr missvisande då en del ombud byts ut under året och de har inte förstått uppdraget fullt ut därav har inte heller analyser genomförts av granskningarna.

Hygienrond planerades att genomföras under hösten 2018 men sköts upp till våren 2019 istället då handlingsplan från föregående granskning ej var klar.

PPM-mätning gällande basal hygien genomfördes ej under året men kommer att genomföras under 2019.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

Nyckeltalen som följs upp varje månad visar att under 2018 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten men nyckeltalen över antal

boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar mellan 0-30st pga. missförstånd över hur samtycke skall dokumenteras. Vid egenkontroll upptäcktes att 13st av dessa samtycken ej dokumenterats korrekt, då enbart muntligt samtycke inhämtats av omvårdnadspersonal vid varje användning och inget samtycke fanns dokumenterat skriftligt i HSL-journal av sjuksköterska. Detta har under året korrigerats och därav det ökade nyckeltalet.

PPM mätning som registrerats gällande skyddsåtgärder under 2018 i mars och september visar att vid mätningar fanns 25-28st boende med beslut om skyddsåtgärd/skyddsåtgärder. Utav dessa var det 24-25st som hade skyddsåtgärd dokumenterat i hälsoplan med kopplade ordinationer/åtgärder men två boende saknade hälsoplan trots fallrisk enligt riskbedömning och en boende hade inte aktuell fallriskbedömning och därmed ingen hälsoplan. Vid mätning var det 14-18st boende som hade individuella larm, 10st som hade sänggrund och inga boenden som hade bälte/grensele/brickbord.

Enligt egenkontroll på uppdrag av socialstyrelsen framgick det att enbart fem utav de boende hade dokumenterat i sin genomförandeplan orsak varför de hade skyddsåtgärd. Förbättringsarbete med genomförandeplanerna påbörjades därefter och pågår än.

Under 2018 genomförde 22st medarbetare webutbildningen Noll Vision.

Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten under en månad haft en boende med uro-stomi och under tre månader haft en boende med urinkateter.

PPM mätning som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2018 i mars och september visar att vid mätningar fanns inga boende med kvarliggande urinkateter och 26-30st boende med blåsdysfunktion med aktuell utredning. Utav dessa var det 26-30st som hade individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel samt 6-25st som hade toalettassistans som behandling.

Vid kontrollerna fanns 1st sjuksköterskor i tjänst med specifik utbildning enligt blåsdysfunktionsområdet och verksamheten hade rutiner för vård- och behandling av äldre med blåsdysfunktion.

Brandskyddsarbete

Registrerade nyckeltal visar att 0-4st avdelningar genomfört brandkontroller varje månad vilket följts upp med ombud så verksamheten kan säkerställa att samtliga 4st avdelningar genomför detta varje månad framöver.

Ingen brandrond genomfördes under 2018.

Delegeringar

Nyckeltal visar att antalet aktuella delegeringar har under året varit 28-37st beroende på hur många timanställda som funnit i verksamheten. Inga insulin-

delegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in.

Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2018 då verksamheten inte har kommit igång månadsvis med kollegial granskning utefter Norlandias egen granskningsmall. Egenkontrollerna skedde genom kollegial granskning och visade att förståelse för dokumentation ökar hos merparten av HSL-personalen gällande ICF, frastexter, bedömningsfaktorer, hälsoplaner med kopplade åtgärder. De förbättringsområden som identifierades var följande:

- Korrekt källa till medicinska diagnoser
- Dokumenterat läkemedelsansvar
- Kartlagt hälsotillstånd

Loggkontroller för 2018 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Nyckeltalsregistreringen gällande aktuella genomförandeplaner var inkomplett under januari-augusti och därefter togs egenkontroll över av verksamhetschef. Under september-december var 21-29st utav 30st genomförandeplaner aktuella, och åtgärder sattes in på de som inte var aktuella. Under året har 1-4st SoL-journaler granskats per månad där ombud har återkopplat till berörd kontaktman för vidare förbättringar. Egenkontroll gällande den löpande dokumentationen i SoL-journalen visar att omvårdnadspersonalen har ökat sin dokumentation under året.

Årets självskattningenkät från Norlandias kvalitetsavdelning handlade om både HSL- och SoL-dokumentation. Resultatet redovisades på central nivå men under arbetet med denna kartlades vilka förbättringsområden som fanns på lokal nivå.

Infektioner och antibiotika

Under 2018 har månatlig infektionsregistrering skickats till stadsdelens MAS. Enligt nyckeltal har verksamheten haft 13st antibiotikabehandlade infektioner; 6st pneumoni, 1st UVI (med KAD), 5st UVI (utan KAD), 1st sårinfektion. Detta är en minskning total jämfört med 2017 (16st) men en ökning gällande UVI jämfört med 2017 (3st). Inget avvikande kan analyseras i fördelningen över året.

HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning genomfördes i oktober 2018 där 27 utav 30 boenden deltog. Denna visade ingen förekomst av vårdrelaterade infektioner.

ISO - revision

Intern ISO-revision skedde i januari 2018 med ett resultat på uppfyllelse på 1,73 utav 2 möjliga. Utefter denna revision framkom åtta förbättringsområden:

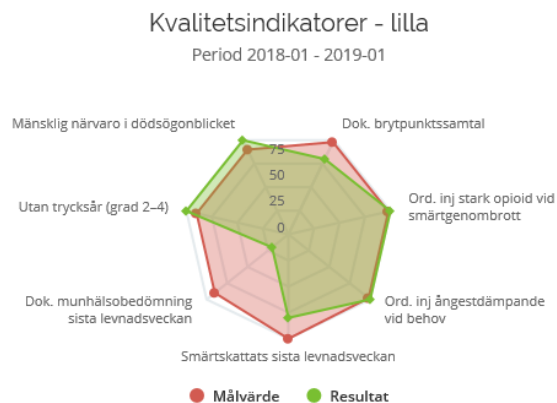
- Verksamheten upprättar inte verksamhetsberättelse
- FAMM-modellen är ej känd för medarbetare

- Genomförandeplaner revideras inte vid vård i livets slut
- SoL dokument arkiveras inte i dagsläget korrekt
- Verksamheten har inga omvårdnadskonferenser
- Verksamheten har inga boenderåd
- Verksamheten saknar lokal rutin för MTP
- Verksamheten har ej genomfört extern brandutbildning och HLR-utbildning vartannat år

Efter revision har förbättringsområdena bearbetats på verksamheten.

Ingen extern ISO-revision skedde under 2018.

Kvalitetsregister



Resultat i de olika kvalitetsindikatorerna i Palliativa registret 2018 jämfört med målvärden.

Under 2018 avled nio boenden på St.Erik, utav dessa avled två på sjukhus och sju på verksamheten. Vid årlig sammanställning upptäcks att enbart fem boenden registrerats i palliativa registret (egenkontroll med nyckeltalsregistrering stämmer ej och visar enbart två). Efterregistrering kommer att ske på de två boende som saknas i registret.

Rapport ur registret visar resultat av dessa fem boenden som registrerats i registret under 2018. Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom fyra utav sju områden, vilket är en förbättring från föregående år (3 av 11). De områden där verksamheten inte når målvärden var:

- Dokumenterat brytpunktsamtal.
- Smärtskattning.
- Munhälsobedömning.

Dock ses en förbättring från föregående år i alla dessa tre områden.

Nyckeltalsregistreringen visar att 23-29 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, och en omstart skedde i december 2018.

Livsmedelshygien

För att säkerställa att egenkontroller gällande livsmedelshygien genomförs startades nyckeltal angående detta upp i oktober 2018 som kostombud på varje avdelning följer upp varje månad.

Resultatet visar att samtliga kontroller för livsmedelshygien genomförs nästan fullt ut på samtliga avdelningar, vissa månader missas ngn daglig kontroll. De förbättringsområden som identifierats är:

- Temperaturkontroll och rengöring av diskmaskin
- Rengöring av fläkt, spis, ventiler.
- Food-stamp odling
- Följsamhet av nedkylning av livsmedel

Ingen utbildning i livsmedelshygien genomfördes under 2018, men planeras in under 2019.

Läkemedelshantering

Under 2018 genomfördes ingen extern kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering på St.Eriks vård- och omsorgsboende, men detta kommer att bokas in under början av 2019.

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller har fyllt i under maj-december 2018, var det skett kontroller 1-3ggr/månad.

Antalet läkemedelsgenomgångar har följts under hela året och under perioden januari-maj genomfördes 24st, och under resterande av året genomfördes ingen läkemedelsgenomgång. Läkemedelsgenomgångar genomförs alltid i samråd med ansvarig läkare som bl.a. har bedömt att de nyinflyttade boende med nyligen genomförda läkemedelsgenomgångar innan inflytt inte skall genomföras på nytt.

Medicintekniska Produkter (MTP)

Inventarieförteckning över verksamhetens alla MTP finns på sjuksköterskeexpeditionen och kontroller / besiktning har skett enligt planering utav rehabpersonal; sängar årligen, taklyftar i mars, dusch och toalett MTP i maj, Lyftselar i april och oktober. Sjuksköterskornas MTP samt sittvågen kontrolleras inför varje användning.

Nattfasta

Enligt nyckeltal har nattfasteregistrering skett tre gånger under 2018 enligt planering på samtliga fyra avdelningar i verksamheten. Resultatet visade ett medelvärde på 10,35 timmar fastetid. Den kortaste registrerade fastetid var 4 timmar och den längsta var 17 timmar.

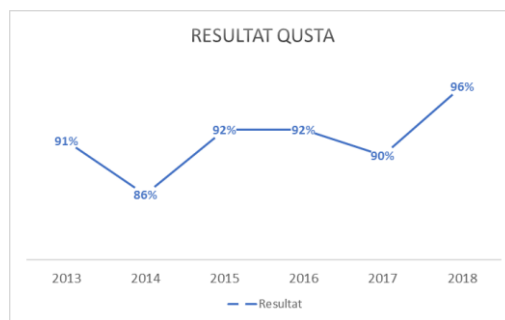
Hos en och samma boende kunde fastetiden variera från 4 till 15,5 timmar mellan olika nätter. Detta beror på att vissa dagar åt personen bättre och var inte hungrig när det var dags för kvällsfika. Personen erbjöds mat två gången

därefter på kvällen/natten men tackade nej. Personen går ej ner i vikt och enligt henne själv mår hon bra. Några boenden som hade långa registrerade fastetider har mat/frukt/godis hemma i lägenheten och ”smååter” ofta på egen hand vilket gör registreringen missvisande. Personerna går inte ner i vikt och är mycket nöjda med sin vikt.

Analys av egenkontrollen visade att de personer som går ner i vikt ej har lång fastetid och de äter ofta, men väldigt lite. De har sedan tidigare registrerad undernäring och pågående hälsoplan med åtgärder för att förebygga viktning.

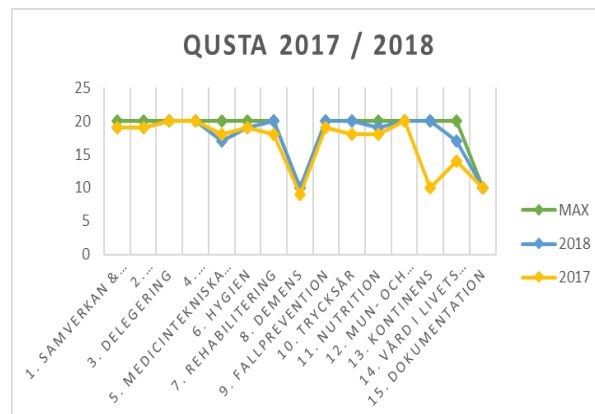
På verksamhetens alla fyra avdelningar serveras tre större måltider, hemmagjorda näringsdrycker och fika med kakor/mackor/frukt minst två gånger per dag samt nattfika för dem som inte sover. Utöver detta ordinerar näringsdrycker från apoteket om behovet finns.

QUSTA



Resultat i QUSTA jämfört över åren 2013-2018.

Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes i mars 2018, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende sitt bästa resultat på flera år, se tabell ovan. Dock så är inte resultaten helt jämförbara då underlaget har uppdaterats med nya frågeställningar och poängsättning (ex. demensvården) fr.o.m. 2017. Resultaten mellan 2017 och 2018 är dock jämförbara, och där syns en klar förbättring.



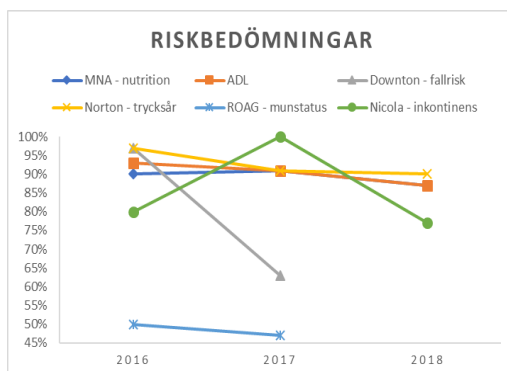
Resultat QUSTA 2018 (grön) jämfört med 2017 (blå).

Förbättringsområden som utsågs var:

- Samverkan och informationsöverföring - Säkerställ att verksamheten får utskrift av läkarjournaler då behov finns.
- Läkemedelshantering - Verka för att det alltid ska signera överlämnande av läkemedel på signeringslista genom att fortsätta genomföra egenkontroll.
- Medicinteknisk produkt –
 - Komplettera den lokala rutinen för MTP med en beskrivning av ansvarsfördelning för hantering av hjälpmedel och utbildningsinsatser.
 - Komplettera inventarieförteckning med medicinteknisk utrustning för vård och behandling (MTU)
 - Säkerställ att alla förskrivare genomför kravet på webutbildning för förskrivare.
- Hygien - Verka för att alltid använda engångsmaterial. Säkerställ möjlighet till kemisk rengöring eller införskaffa en diskdesinfektor då behovet snabbt kan uppstå.
- Demens - Verksamhetens arbete för att successivt bedöma alla patienter enligt BPSD har avstannat och verksamheten planerar att säkerställa det.
- Nutrition - Se över vilka möjlighet det finns till kontakt med dietist för att ytterligare säkerställa arbetet med att förebygga undernäring.
- Vård i livets slutskede –
 - Verksamheten behöver säkerställa att vårdtagaren erbjuds brytpunktssamtal.
 - Verksamheten behöver säkerställa att de registrerar fullt ut i palliativa registret, så att alla frågor besvaras.

Dessa områden har verksamheten därefter arbetat aktivt med, där många är åtgärdade och andra pågår än.

Riskbedömningar



Utveckling riskbedömningar 2016- aug 2018.

Resultatet visar att St.Erik sänkt sitt resultat, orsak till detta kan vara att verksamheten varit utan en ordinarie sjuksköterska april-aug, därefter har arbetet med riskbedömningar återhämtats. Under 2019 har en ny egenkontroll upprättats för att följa upp riskbedömningar varje månad.

Trycksår

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2018 var det visar att det funnits ett trycksår under perioden juni-aug (grad 2-1) och ett trycksår under november (grad 1), båda på samma boende. Under året finns 1st övriga sår registrerade varje månad med undantag för maj (2st), juli (4st) och augusti (3st).

De två trycksåren uppmärksammades i tid och behandlande åtgärder kunde ordinerats och såren läkte fint. Den boende har fortsatt risk för trycksår enligt Nortonskala och förebyggande åtgärder fortgår.

Övriga sår orsakades vid fallolyckor eller om boende slagit i eller fastnat i något. En av de boende har sina små sår så gott som hela tiden på grund av att hon river i dem själv och dem har ingen möjlighet att läka ordentligt. Vi har provat olika behandlingar med varierande framgångar. Personen är mycket pigg och bestämd och har ingen insikt att hon skadar sig själv.

PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomfördes tyvärr inte under 2018 men kommer att genomföras under 2019.

Trygghetslarm

Under 2018 startades månatliga egenkontroller upp gällande trygghetslarmet på verksamheten.

Dagligen kontrolleras att larmprogram är igång, då det under 2018 upptäcktes att larmprogram ej startats upp efter strömavbrott. Sedan denna egenkontroll påbörjades i maj 2018 har 5 tillfällen registrerats då larmprogram ej varit igång pga. föregående strömavbrott, dock var detta under kort period med hjälp av denna dagliga egenkontroll.

Egenkontroll visar att svarstiden på samtliga larm i verksamheten ligger på 2,18-3,04 minuter.

Den månatliga kontrollen av omvårdnadsansvariga sjuksköterska över larmens funktions har kommit igång i december 2018 och kommer att fortskrida under 2019.

Måluppfyllelse

Mål satta i verksamheten för 2018:

1. Säkerställa att samtliga medarbetare utför basal hygienutbildning 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.

Resultat:

1. Målet är delvis uppnått. Samtliga medarbetare har ej genomfört utbildning, men en förbättring kan ses från föregående år. Utbildning schemalades ej.
2. Målet är delvis uppnått. Nyckeltalsregistreringen går bättre men är än ej helt komplett och arbetet fortsätter under 2019.
3. Målet är delvis uppnått. Månatliga kontroller är inte fullt implementerat men en förbättring i dokumentation kan ses både i HSL och SoL.
4. Målet är delvis uppnått. Alla målvärden ej uppnådda, men en förbättring kan ses.
5. Målet är ej uppnått, då en försämring kan ses i resultatet.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål satta i verksamheten för 2019:

1. Öka antalet aktuella riskbedömningar för varje enskild boende genom uppföljning av biträdande verksamhetschef i månadsuppföljningsmall.
2. Öka dokumentation i genomförandeplan gällande skyddsåtgärder genom utbildning i både Noll Vision för samtliga medarbetare samt utveckling av arbete med genomförandeplaner där HSL-journal skall kunna speglas inom vissa områden.
3. På nytt implementera arbete med egenkontroller gällande Basal hygien med berörda ombud och därmed få igång uppföljning genom nyckeltal.
4. Fortsätta implementera BPSD-arbete med berörda ombud och BPSD-administratörer ombud och därmed få igång uppföljning genom nyckeltal.
5. Utveckla den palliativa vården och rollen som de utbildade palliativa ombuden har på verksamheten, genom att fokusera på checklistor från NVP och dokumentationen i SoL och HSL-journal.