

Patientsäkerhetsberättelse för St Eriks vård- och omsorgsboende År 2022



Datum 2022 02 28

Ansvarig för innehållet: Johanna Kassberg verksamhetschef, Irena Hansson bitr. verksamhetschef
Diarienummer

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu.....	17
Avvikelse, händelse – resultat.....	17
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Klagomål och synpunkter.....	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

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 bland annat synpunkter för att verksamheten ständigt ska kunna förbättras.

I det centrala ledningssystemet finns anvisningar och struktur över hur risker bedöms, bland annat 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 bland annat "Nyckeltal" och kollegial granskning av dokumentation.

Under året 2022 har man arbetat med de uppsatta målen, men har fortsatt varit tvungen att komplettera och vidta extra åtgärder för att ökad patientsäkerhet på grund av Covid-19 pandemin. Nyckeltalen har varit samma som tidigare år vilket gör det lättare att jämföra och följa upp/ utveckla vissa områden.

Utbildningsåtgärder har genomförts antingen i små grupper eller digitalt, individuell handledning har löpande genomförts under året för att öka patientsäkerheten.

Resultatet av registrerade händelser under 2022 visar en minskning (267) jämfört med 2021 (297). Under året har två händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bland annat dokumentationen (både HSL och SoL) målet är dock delvist uppnått med arbetet att genomförandeplaner ska ha en spegling av HSL. Detta är en fortsatt viktig utvecklingsområde som vi tar med till nästa års mål. Vi fortsätter arbete den digitala läkemedelssigneringen och att säkerställa medarbetarnas kunskap och förståelse vid användning av signeringsappen. Våra mål justerades efter apotekets granskning 2022 och utgår ifrån granskningens synpunkter och rekommendationer. De mål som vi inte riktigt hade nått tar vi med till år 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659,3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

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

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

Organisation och ansvar

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

Huvudmålet med vårt patientsäkerhetsarbete är att förebygga risker frö vårdskador. Norlandia Cares ledning fastslår kvalitets-, miljö- samt arbetsmiljöpolicy. Ledningen tar fram övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkerställer resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Norlandia Care har ett ledningssystem som heter TQM (Total Quality Management). Genom ledningssystemet TQM säkerställer Norlandia Care att verksamheten bedrivs ändamålsenligt enligt uppsatta mål, rutin, metoder och omsorgsprocesser.

Norlandia Care är indelat i fyra geografiska områden utifrån indelning/kluster av verksamheter, region Stockholm, region mitt, region öst och region syd. Varje område leds av regionchef som i sin tur leds av affärsområdeschef. Affärsområdeschef är utsedd av koncernen.

Norlandia Care och Frösunda äldreomsorg är en del av samma koncern med en gemensam central kvalitetsavdelning /CKVA) bestående av kvalitetschef, fyra medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), och två medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), fem kvalitetsutvecklare, två socialt ansvariga socionomer (SAS) samt en kostekonom. CKVA utarbetar centrala rutiner, mallar för lokala rutiner, instruktioner samt dokument som stöd för verksamhetschef och medarbetare i det patientnära arbetet. MAS och MAR ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbete är av god kvalitet, att rutiner för vård och behandling är ändamålsenliga och följer lagstiftningar, författningar och allmänna råd. I verksamheter där Norlandia Care är vårdgivaren, men MAS/MAR uppdraget ligger kvar hos huvudmannen/kommunen, fungerar Norlandia Care MAS/MAR som rådgivande och stödjande till den verksamhetschef som har kontakt med kommunens MAS/MAR: I verksamheter där Norlandia Care MAS/MAR ansvar enligt avtal regleras ansvaret i lagstiftning. MAS och Mar har i uppdraget att till IVO anmäla händelser i verksamheterna som kunnat medföra allvarlig vårdskada eller medfört allvarlig vårdskada /lex Maria).

Norlandias affärsområdeschef 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).

Verksamhetschef representerar vårdgivaren Norlandia Care och är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbete på verksamhetsnivå. I ansvaret ingår att genomföra egenkontroller, utarbetar lokala rutiner och instruktioner. Verksamhetschef ansvarar vidare för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge god och säker vård. Verksamhetschef har möjlighet att uppdra enskilda medicinska ledningsuppgifter till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

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 bland annat apoteket och vårdhygien.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

På St.Eriks vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport därför går tjänstgörande sjuksköterska runt på avdelningarna i början av sitt pass för att förmedla vidare informationen av vikt muntligen till omvårdnadspersonal.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom omvårdnadskonferenser/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 för säker vård- och omsorg 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 (Capio) för läkarinsatserna. En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten (Capio) 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, skedde både digitalt och i år, på grund av pandemi. I vanliga fall planeras den 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 (med undantag när besöksbegränsningar var aktuella på grund av pandemi). Patienten får med sig så kallade "akut kuvert" som innehåller: Transportsremiss, men kortfattad information om patienten. "Patientinformation till vårdkedjan" som innehåller alla nödvändiga telefonnummer, diagnoser, aktuell status och aktuell frågeställning, Aktuell läkemedelslista.

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.

Smittskydd Stockholm

På grund av Covid-19 har vi under året haft en del kontakt med Smittskydd Stockholm fast mycket mindre än 2021 pga att rutinerna för Covid-provtagning har förenklats. Samarbetet har fungerat bra, kontaktperson i form av sjuksköterska på Smittskyddet har alltid kunnat nås och kunnat handleda vid utbrott på avdelningen.

Apoteket

Gällande läkemedelshanteringen har St.Eriks vård- och omsorgsboende ett samarbete med Apoteket. Dispenserande läkemedel levererades från Svensk Dos AB enligt avtal dock leveranstider och tillgång till mediciner var inte som vi önskade. År 2023 sker leverantörsbyte. Ny leverantör är Apoteket AB från 30/1-2023.

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 och Munstatus – ROAG som inhämtats av stadsdelens MAS/MAR via sammanställning från 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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

På St.Eriks vård- och omsorgsboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med försiktighet. Personuppgifter lämnas aldrig ut i e-post 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.

Företaget har en policy för informationssäkerhet. 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.

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 på timmöten.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador

HSL-personal har som rutin att bedöma risker hos varje person som flyttar in till boende. I fortsättningen genomförs riskbedömningar minst två ggr per år eller i samband med hälsotillståndförändringen.

- Ett aktivt arbete med att minimera risker och skador

När risken identifierats, skapas hälsoplan i Vodok (hsl journal) för att förebygga/minimera risker för skada samt uppdateras Genomförande plan i Parasol (sol). Personer med beteendemässiga symptom (BPSD) registreras i registret och "Bemötande plan" skapas tvärprofessionellt.

- Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- Ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- En organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser
- En organisation där alla lär av det som har gått bra.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

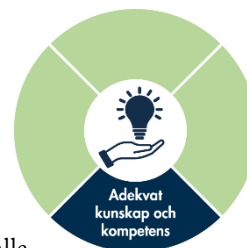
All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen 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 ledningssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalssystem (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.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



I Norlandia sker kompetensutveckling genom att kompetensplan skapas varje år för alla roller i verksamheten, bifogat exempel på hur en kompetensplan för hälso- och sjukvårdspersonal har sett ut för 2022.

Kompetensplanen följs alltid upp av närmaste chef vid medarbetarsamtal och vid årets slut görs en sammanställning av genomförda utbildningar. Utbildningar sker via intern och extern bokning av utbildningar enligt kompetensplanet.

- Alla rader i schemat är bemannade med fast ordinariepersonal som har genom åren fått en rad olika utbildningar. Medarbetarna har även genomgått utbildning via SveDem och blivit stjärnmärkta. Vilket innebär att verksamheten är Stjärnmärkt också. Verksamheten har 2 medarbetare som fortsätter utbildning genom Äldreomsorgslyftet till undersköterska under 2022 och kommer att bli färdiga 2023. Ingen omsättning i ordinarie personalstyrka har skett under året.

HSL-personal har gått på olika föreläsningar. Vi fortsätter utveckla och fördjupa kunskap inom palliativ vård samt om psykisk ohälsa. År 2022 anställdes en ny sjuksköterska som har specialistkompetens inom psykiatri.

Löpande under året har även utbildningssatsningar genomförts för bland annat att öka patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar som genomförts under året var; Läkemedelshantering, (webbutbildning), Basal hygien (webbutbildning), hantering av skyddsutrustning samt rutiner vid kohortvård, förflyttningsteknik, samt introduktionsutbildning för nyanställda. År 2022 har vi fortsatt med interna utbildningar inom olika ämnen, bland annat nutrition, hygien och bemötande. som planerades och sköttes av fastanställda sjuksköterskor

Stjärnmarkta-enheter – Stjärnmarkt



Patienten som medskapare

PSL 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, läkemedelsgenomgångar, genomförandeplaner och levnadsberättelser uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. År 2022 har vi återgått igen till anhörigträffar (när smittspridningen varit på låg nivå) samt regelbunden kommunikation via e-post och/eller telefon, där verksamhetschef presenterar det pågående arbetet i verksamheten samt besvarar eventuella frågor och synpunkter. Månadsvis upprättas även informationsbrev till boende och anhöriga där verksamhetschef skriver om det pågående arbetet på verksamheten. Brevens sätts upp på informationstavlor samt e-postas ut till de närstående 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 inflyt 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. År 2022 skett dem flesta kontakt via telefon, men det fanns tillfälle för fysiska möte med anhöriga när behovet uppstått.

Synpunkter och klagomål läggs in i ledningssystemet (TQM) och åtgärdas som ett förbättringsarbete och ska återkopplas inom rimlig tid till patient och eventuell närstående.

Närstående kan medverka vid läkar- och tandläkarbesök eller till annan sjukvårdsinrättning om patienten önskar det. Utöver detta informeras närstående om verksamheten kontinuerligt per telefon, e-post och visa månadsbrev.

Patienten och/eller närstående informeras så långt det är möjligt vid inträffande vårdskador. Ibland går inte detta pga patientens funktionstillstånd eller pga tystnadsplikt.

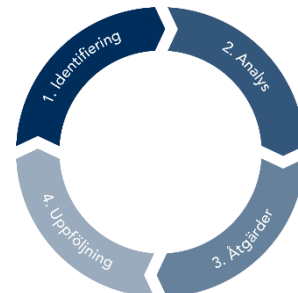
Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. Under Covid 19 utbrott informerades närstående om besöksrekommendationer, närstående som velat vara nära vid livets sista stund hade möjlighet för detta oavsett smittläge Detta skedde enligt rutiner och på ett säkert sätt. När verksamheten betraktades fri från smittan gällde tidigare regler med kompletterande smittskydds utrustning vid behov.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning

Verksamhetschefen har under året gjort egenkontroller av hälso- och sjukvården enligt årshjul och rutiner. Kvalitetsavdelningen genomför hälso- och sjukvårdsuppföljningar på verksamheten vart tredje år samt tätare riskbaserade uppföljningar om signaler på brister i patientsäkerheten finns. Under våren har ny uppföljningsmall tagits fram utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.



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”.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende registrerar utsedda ombud i verksamhetens kvalitetsgrupper, biträdande verksamhetschef samt verksamhetschef in i nyckeltal efter utförda egenkontroller som verksamhetschef sedan följer upp och vidtar förbättrande åtgärder. Norlandias interna MAS tar även del av nyckeltalen. Nyckeltalen redovisas även under arbetsplatsträffar för att diskuteras med hela arbetsgruppen och vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra resultatet.

Avvikelser och händelser Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal fallhändelser
- antal läkemedelsrelaterade händelser
- antal fallolyckor som lett till frakturer
- att händelser registrerade i de båda systemen (TQM och VODOK) stämmer överens med varandra

Kvartalsvis genomförs en sammanställning och analys av samtliga registrerade händelser från verksamheten för att identifiera bakomliggande orsaker.

Basal hygien

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal genomförda webbutbildningar (planeras in årligen)

Kvartalsvis kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom observationer med analyser därefter.
- intern hygienrund

Två gånger per år kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom självskattningar

Årligen genomförs:

- hygienrund
- PPM-mätning

Begränsning/Skyddsåtgärder

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal tvång- och begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) utan samtycke respektive dokumenterade samtycken för skyddsåtgärder

Blåsdysfunktion

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Nicola bedömning

Brandskyddsarbete

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal genomförda brandronder

Delegeringar

Omvårdnadspersonal delegeras och förs in i Alfa Signit system (digital signering) enligt rutiner. Sjuksköterskorna har ansvar att kontrollera delegeringarnas giltighet varje månad.

Delegeringarna avslutas automatisk när tiden är ute.

Dokumentation

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal granskade SoL-journaler
- antalet aktuella genomförandeplaner
- antal granskade HSL-journaler
- loggkontroller

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- löpande dokumentation i SoL-journal

Infektioner och Antibiotika

Månadsvis:

- antalet antibiotikabehandlade infektioner registreras i Nyckeltal.

Kvalitetsregister

Månadsvis.

- antal registreringar i Senior Alert
- antal registreringar i Palliativa registret
- antal registreringar i BPSD

Livsmedelshygien

Dagligen kontrolleras/registreras:

- temperatur på livsmedel vid servering

Veckovis kontrolleras/registreras:

- rengöring av kylskåp
- temperatur på livsmedel vid leverans
- temperatur i kyl och frys
- temperatur och rengöring av diskmaskin

Varannan vecka kontrolleras/registreras:

- rengöring av torrförråd

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- rengöring fläkt, spis, ventiler
- följsamheten av nedkylning av livsmedel

Varannan månad kontrolleras/registreras:

- skadedjursbesiktning

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- rengöring/avfrostning av frys
- rengöring munstycke kranar

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- kalibrering av termometrar

Årligen kontrolleras/registreras:

- Utbildning i livsmedelshygien

Läkemedelshantering

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal narkotikakontroller
- antal läkemedelsgenomgångar

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal utförda granskningar från Apoteket (Apoteksgranskningen i februari 2021. Genomfördes digitalt)

Medicintekniska Produkter (MTP)

Årligen kontrolleras/registreras:

- översyn av verksamheten MTP
- kalibrering
- besiktning

Nutrition

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell MNA bedömning

Två gången per år kontrolleras/registreras:

- boendes nattfasta

Trycksår

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antalet trycksår och övriga sår

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Norton bedömning.

Årligen kontrolleras/registreras:

- PPM mätning i Senior Alert

Trygghetslarm

Dagligen kontrolleras/registreras:

- Larmdator för att säkerställa att den är i gång och registrerar alla larm.

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- Statistik över svarstiden på larm
- Antal avbrott i larmloggning
- funktionen på boendes förskrivna larm

Övrigt

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Downton bedömning,
- Antal boende med aktuell ADL bedömning,
- Antal boende med aktuell ROAG bedömning,
- Två gånger om året har Norlandias kvalitetsavdelning i enlighet med SOSFS 2011:9 (kvalitetsledningssystem) en självskattning på samtliga verksamheter. 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. På St Erik genomfördes den interna revisionen i juli.

Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare

Avvikelser och händelser

Regelbundet vill Kungsholmens MAS kunna dra ut statistik över inträffade avvikelser gällande HSL från avvikelsemodul i journalsystem. Eftersom alla HSL-händelser dubbeldokumenteras för detta syfte säkerställs månadsvis att avvikelsemodul i journalsystem stämmer överens med intern händelsemodul i ledningssystemet TQM.

Statistik hälso- och sjukvårdsindikatorer

Punktprevalensmätning (PPM) genomförs två gången per år. Denna mätning utförs av sjuksköterskor och rapporteras till Kungsholmens MAS.

Infektionsregistrering

Varje månad sammanställs inträffade fall av infektion i verksamheten i nyckeltal samt antalet boende med urinkateter/suprapubis kateter av hsl-teamledare.

Dokumentation

Månadsvis utförs självkontroll av HSL-journaler (cirka 10%) denna granskning utförs av HSL-personal. 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 HSL-personal. 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 även HSL möten och individuell handledning tillämpas av Vodok handledare.

QUSTA

Årligen genomförs egenkontroll utefter kvalitetsinstrument QUSTA på uppdrag av Kungsholmens MAS och MAR.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker - 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 som kallas Teammöte på respektive avdelning där representanter från alla professioner i arbetsteamet deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en hälso-plan med mål som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning sker regelbundet och vid behov.

Händelser registreras i ledningssystemets händelsemodul TQM där även omedelbara åtgärder som vidtagits registreras. Händelsen rapporteras till verksamhetschef som omgående påbörjar orsaksanalys för att undanröja bakomliggande orsaker. Verksamhetschef påbörjar utredning, insamling av fakta såsom skriftliga redogörelser och utser åtgärdsansvariga utifrån händelsens art.

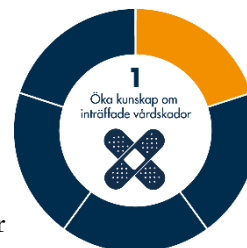
Verksamhetschef och den legitimerade personalen avgör, efter klassificering av allvarlighetsgrad och konsekvens för patienten, om den inträffade händelsen enbart ska hanteras i det lokala systematiska förbättringsarbetet eller om vårdavvikelsen ska rapporteras till MAS eller MAR. Bedömd konsekvens och allvarlighetsgrad för patienten är en grund för ställningstagande om vem som har befogenhet att utreda händelsen, MAS/MAR eller verksamhetschef och om utredningens omfattning.

En fördjupad utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada görs alltid i samarbete med MAS eller MAR. Vid den fördjupade utredningen används utredningsmallen i ledningssystemet.

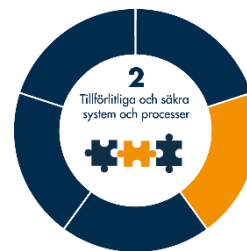
Avvikelse/Händelser av individuell karaktär behandlas även under omvårdnadskonferenserna där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och TQM. Den interna MAS:en går regelbundet igenom registrerade avvikelser. Gemensamma händelser för verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med åtgärder, uppföljning och återkoppling.

Vid allvarligare 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 där 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.



Tillförlitliga och säkra system och processer



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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under året 2021 har flertalet åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerheten, samtliga kopplade till de målen som sattes för året.

Vi fortsatte med lokala nyckeltal i månadsuppföljningsmallen där antalet aktuella riskbedömningar (Norton, MNA, Downton, Nicola, ADL, ROAG) följs upp av biträdande verksamhetschef var tredje månad. Även antal fallolyckor som lett till frakturer infördes som nytt nyckeltal.

Personalen utbildades i basalygien (webb) och i samband med pandemin fördjupade verksamhetsbaserade utbildningar om hantering av skyddsutrustning samt rutiner vid kohortvård. utbildning på sommaren. Viktigast var under 2022 satsning på utbildning och uppföljning av basala hygienrutiner, nutritionsutbildning, livsmedelshygieneutbildning och psykisk ohälsa.

Sjuksköterskorna hade ansvar att uppdatera rutiner med utgångspunkt från Folkhälsomyndighetens rekommendationer och i samråd med MASen. HSL-personal hade ledande och utvecklande roll, med regelbundna kontroller, utbildningar och stöd för omvårdnadspersonal.

Verksamheten Stjärnmärktes år 2021 efter avklarad utbildning i början på 2021. Där medarbetare uppdaterade sina kunskaper i webbutbildningar Demens ABC, Demens ABC plus och Nollvisionen. Medarbetarna har fått fördjupad kunskap i demenssjukdomen vilka lagar och förordningar som gäller för skydds- och begränsningsåtgärder och hur man ska arbeta med de etiska dilemman man möter i sitt arbete. Under året fortsatte arbetet i verksamheten med att förbättra informationsöverföring mellan HSL och omvårdnadspersonal, gällande skyddsåtgärder och hälsosjukvårdsinsatser. Följsamheten att alla skyddsåtgärder och andra hälsosjukvårdsåtgärder som ordinerades av HSL-personal fanns dokumenterade och kopplade till hälsoplaner i Vodok samt dokumenterade i genomförandeplaner i ParaSol följdes upp under året.

Arbetet med egenkontroller gällande Basal Hygien och BPSD har legat i fokus år 2022, men behöver fortfarande förbättras.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Avvikelser, händelser – resultat

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under 2022 har totalt 267 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en minskning från 2021 (297 st).

Utav dessa har 2 händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad, vilket är en minskning från 2021 (3st).

Händelserna handlade om läkemedelshantering.

1 händelse handlade om en fel administrerad insulin. Intern MAS kontaktades och Lex Maria utredning genomfördes. Detta resulterade i förbättringsförslag och ändring i läkemedelshanterings rutiner.

1 händelse handlade om ett stort antal narkotiska läkemedel som saknades. Interna MAS kopplades. Efter några dagar läkemedel som var borta återfunnits. Resultatet av händelse är att vi fortsätter med spontana kontroller. Händelserna för 2022 redovisas vidare under korrekt process nedan tillsammans med övriga händelser som berör patientsäkerheten.

Hantera fall

Enligt statistik över registrerade händelser i TQM har antalet fallavvikelser under år 2022 (72), 1 av dem registrerade dubbelt i TQM, minskat jämfört med 2021 (76). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar enligt följande; Capella (24st fallolyckor, 4 boenden), Vega (6st fallolyckor, 2 boenden), Sirius (20st fallolyckor, 5 boenden), Orion (22st fallolyckor, 4 boenden). Fallen registreras i Vodoks avvikelsemodul också, antal registrerade avvikelser kontrolleras månadsvis och ska stämma med antalet i TQM.

Två av fallolyckorna har lett till fraktur.

Analys av denna statistik visar att avdelning Capella har en högre fallfrekvens än övriga avdelningar. Det är en person som ramlar mest på avdelningen (21 fall). Personen var nyinflyttad på avdelningen och hade svårt att lära känna nya människor och ny boende på grund av dålig syn, hörsel och demensdiagnos. Det prövades olika behandlingar som inte givit resultat. Personens läkemedelslista rensades ordentligt och samt omv.personal byttes. Personer som fick ta hand om boende valdes av personlig lämplighet. Ärendet tagits upp regelbundet på teammöten och rond samt skapades bemötande plan på BPSD .

Avdelning Sirius som hade 26 fall år 2021 har minskat antal fall till 21 år 2022 som är en förbättring. Det är en annan person i jämförelse med föra året som ramlar mest (12 fall) på avdelningen. Personen har försämrads i sitt hälsotillstånd och nya skyddsåtgärder ordinerades med fördel. Personen vill klara av sina förflyttningar själv som ökar personens fallrisk men samtidigt ökar personens välbefinnande.

Avdelning Orion som hade 29 fall år 2021 har minskat antal fall till 22 år 2022 som är en förbättring. Det är en och samma person som ramlar mest (14 fall) på avdelningen. Personen har försämrads i sitt hälsotillstånd och nya skyddsåtgärder ordinerades med fördel. Personen vill klara av sina förflyttningar själv som ökar personens fallrisk men samtidigt ökar personens välbefinnande.

Alla boenden med fallrisk har pågående och aktuella individuella hälsoplaner med tillhörande åtgärder från alla professioner för att förebygga återkommande fall. Vidtagna åtgärder resulterade i mindre fall i december. Ärenden har tagits upp i teamet samt med läkare och anhöriga.

Hantera läkemedel säkert

Enligt statistik ur TQM har antalet händelser angående läkemedelshantering under 2022 (22 st) minskat jämfört med 2021 (31). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar och övergripande enligt följande; Capella (7 st), Vega (4st), Sirius (1st), Orion (6st) samt 3 avvikelser handlande om att hsl-personal inte följde rutiner.

En av avvikelserna handlade om att det saknades ett stort antal av narkotiska preparat. Händelsen polisanmäldes. Hsl-personalen informerades, men inom kort tid efter hittades läkemedel och ärendet stängdes. Inga läkemedel saknades vid senare kontroll.

Merparten av händelserna handlar om läkemedel som ej givits enligt ordination, då orsaken oftast varit att delegerad personal glömt bort att administrera läkemedel på ordinerad tid. Varje händelse har utretts av ansvarig sjuksköterska där samtal med berörd omvårdnadspersonal och ställningstagande om fortsatt delegering har tagits. Ingen delegering har återkallats under 2022.

På St. Erik jobbar vi med digital signering av administrerat läkemedel. Detta upplevs som en säkrare sätt att få kontroll och överblick om läkemedelshantering.

Analys av denna statistik visar att på avdelningar Orion och Capella inträffade mest fel vid läkemedelsadministrering i år, däremot mindre än 2021. Övergången till digitalsignering underlättade för sjuksköterskor att få kontroll av läkemedelsadministrering. Digital signeringslista kontrolleras av tjänstgörande sjuksköterska via appen i sjuksköterskans mobiltelefon flera gånger under dygnet. Omvårdnadspersonalen kontaktas i tid om något avvikande inträffar.

Hantera smittan

Under 2022 har 7st avvikelser registrerats som handlar om processen ”Hantera smittan”.

Här registrerades 6 avvikelser handlade om boende som insjuknade i Covid 19. Alla från tre olika avdelningar. 1 Avvikelse handlade om att personalen slarvade med hygienrutiner i samband med användande av skyddsutrustning.

Alla händelser hanterades enligt centrala rutiner och följdes upp.

Basala hygienrutiner

Under 2022 registrerades 16 händelser som handlade om Basala hygienrutiner. Antalet visade på ökning jämfört år 2021 (13).

5 av avvikelserna handlat om städ på avdelningen 4 Capella och 1 på Vega. 5 avvikelser handlat om bristfällig användning av skyddsutrustning på Capella. 1 av avvikelser handlat om bristfällig hantering an sopor på Orion. 2 avvikelser bristfällig hantering av arbetskläder.

1 avvikelse handlade om brister men hantering av suprapubiskt kateter på Capella. 1 handlade om bristfällig hygien/etik i samband med patientundersökning av läkare och sjuksköterska. Och 1 om att tvättmedel “försvann”.

Analys av denna statistik visar på att avdelning Capella har flest antal avvikelser som handlar om bristfällig hantering av hygienrutiner. Alla händelser följdes upp och åtgärdades, vissa krävde mera långsiktiga planeringar. Avdelningens personal genomförde utbildningar och fick stöd och hjälp av sjuksköterskor, dock upplevdes det att alla åtgärder inte givit tillräckligt bra resultat och arbetsgruppen splittrades för att placeras på andra avdelningar. Nya personer inklusive samordnare började på Capella. Denna åtgärd givit ett bra resultat och från sommar 2022 registrerades inga avvikelser som handlade om brister på basalhygien på Capella.

Skyddsåtgärder.

Under 2022 har 1 händelse gällande Skyddsåtgärder registrerades som är minskning jämförd 2021 (3). Händelsen handlar om ett förskrivet rörelselarm hos en patient, som inte användes på två nätter.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Extraordinära händelser

Norlandia har en central framtagna 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.

I förebyggande åtgärd genomförs riskanalys inför sommaren och vintern i TQM och skickas till MASen på avsedda för det mallar. Riskanalys utförs i TQM för verksamheten där patientsäkerheten tas med också.

Trygghet och säkerhet

I vår kvalitetsgrupp "Hälsöfrämjande miljö" arbetar våra miljöombud på respektive avdelning med frågor som berör trygghet och säkerhet för våra boende och medarbetare. De identifierar risker genom bland annat systematiskt brandskyddsarbete samt uppföljning av tillbud och händelser.

Riskbedömningar för den enskilde

På St.Eriks vård- och omsorgsboende utförs riskanalys för 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 omgäende för att upptäcka eventuella risker för den boende gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten med mera. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks.

Riskbedömningar tas upp med utsedd kontaktperson och på teammöten för att säkerställa informationsöverföringen.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem, fall och munhälsa 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.

Stärka analys, lärande och utveckling

Egenkontroller och externa kontroller

Basal hygien

Under 2022 har utbildning i basala hygienrutiner genomfört i 3 steg på samma sätt som år 2021: webbutbildning, utbildning på avdelningsmötet och individuell handledning av sjuksköterska.

Observationer och självskattningar gällande basal hygien genomförs årligen. Under 2022 genomfördes alla mätningar enligt planer utan uppehåll. Brister som upptäcktes dokumenterades som avvikelser, vilka åtgärdades och avvikelserna stängdes.

Under året har intern hygienrund genomförts som egenkontroll. Vi har noga följts rekommendationer från Folkhälsomyndigheten vilket ledde till fortlöpande uppdateringar av hygienrutiner som genomfördes av verksamhetschefen, HSL-teamledare och intern MAS. Uppdaterade rutiner har omgående informerats ut till alla medarbetare via extra informationsbrev eller veckobrev som delas ut till alla fyra avdelningar varje vecka och finns i digitalformat på intranätet. Sjuksköterskorna hade även ansvar för spontana kontroller samt interna utbildningar inom basalhygien och barriärvård.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

Nyckeltalen som följs upp varje månad visar att under 2022 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar mellan 25-28st från månad till månad. I HSL-journaler dokumenterat att vid varje användning av ordinerad skyddsåtgärd ska omvårdnadspersonal inhämta muntligt samtycke från patienten.

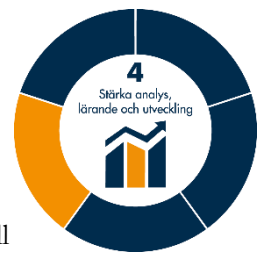
Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten haft en boende med suprapubisk kateter

Nyckeltalen som följs upp kvartalsvis visar att under 2022 fanns en boende med suprapubisk kateter samt 27-29 boende utan kateter av dem 26 personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. 22 personer med blåsdysfunktion hade toalettassistans som behandling.

Vid kontrollerna fanns 2 st sjuksköterskor i tjänst med specifik utbildning enligt blåsdysfunktionsområdet och verksamheten hade rutiner för vård- och behandling av äldre med blåsdysfunktion.

Enligt rutiner ska nyinflyttade personer bedömas enligt Nicola och därefter genomförs en ny riskbedömning en gång per år eller vid behov om hälsotillståndet förändrats.



Brandskyddsarbete

Registrerade nyckeltal visar även för 2021 att 2–3 st avdelningar genomfört brandkontroller varje månad. Vilket innebär att 2 avdelningar genomfört brandkontroller var annan månad.

Delegeringar

Nyckeltal visar att läkemedels delegeringarna kontrolleras regelbundet och var tredje månad av HSL-teamledare. Antalet aktuella delegeringar har under året varit 31-40st beroende på hur många timanställda som funnit i verksamheten. Inga insulin-delegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in. På St. Erik implementerades digital signering av läkemedels administrering, som innefattar också digital läkemedels delegering för omvårdnadspersonal. Aktuella delegeringar samt kunskapstester skrivs ut och förvaras i delegeringspärmen som kontrolleras månadsvis av sjuksköterskor. Alfa eCare (digital signering) systemet påminner om dem delegeringar som går ut en månad innan och avslutar automatiskt delegeringarna som är inte förnyad.

Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2022. I år har verksamheten haft kollegial granskning månadsvis. Resultatet visade att utifrån gällande lagstiftning var dokumentation i HSL bra.

Loggkontroller för 2022 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Nyckeltalsregistreringen gällande aktuella genomförandeplaner visar ett medelvärde på 91%. Månadsresultaten av aktuella genomförandeplaner (uppdaterad inom 3 månader) var mellan 79–100%

SoL-journaler, enbart en egenkontroll gällande den löpande dokumentationen i SoL-journalen genomfördes under året.

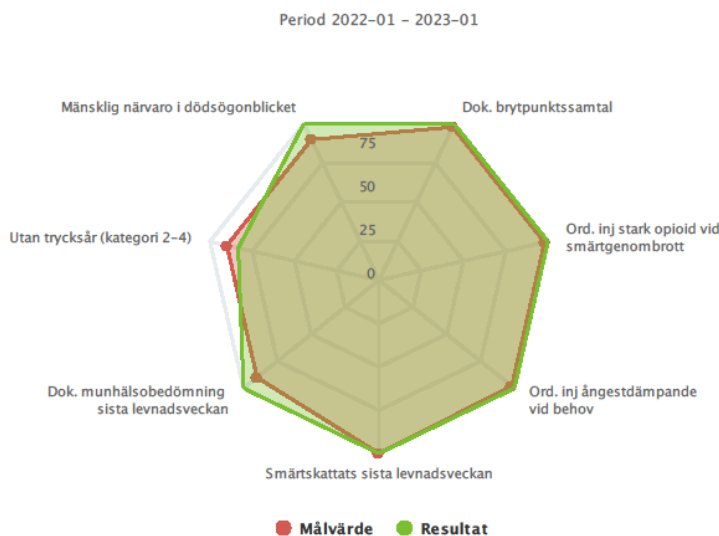
Systemtillsyn för 2021 skedde januari 2022 och utfördes av Norlandias centrala kvalitetsavdelning. Denna handlade om att kontrollera om lokala rutiner finns och är uppdaterade. Översyn av allvarliga avvikelser gjordes för att se om de var registrerade rätt. Resultatet visade på två förbättringsområden vilket är att mäta effekt av åtgärd och genomföra riskbedömning för de händelser som bedöms som allvarliga. Lokala rutiner finns inget avvikande gällande dessa har inkommit från tillsynen.

Infektioner och antibiotika

Enligt nyckeltal har verksamheten haft 13st antibiotikabehandlade infektioner som är stor minskning jämförd 2021 (29). 5st pneumoni, 0st UVI (med KAD), 5st UVI (utan KAD), 1st sårinfektion, 1 infektioner av mjukdelar och 1 övrig infektion (öron).

Verksamheten drabbades av Covid-19 år 2022 i två omgångar. I januari 1 och i december 18. Dem flesta boende på St.Erik (27) är vaccinerade mot Covid19 5 gången och alla hade väldigt lindriga symptom speciellt andra omgången. Detta är också orsak att så många som blivit smittade innan smittan upptäcktes.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Under 2022 avled 6 boende på St.Erik. 5 registrerades i Palliativa registret, 1 avled på sjukhuset.

Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet på alla områden förutom trycksår. Verksamheten hade boende med kraftigt nedsatt hälsotillstånd. Boende hade hälsoplaner och behandlande hjälpmedel samt andra ordinationer för att förebygga och behandla trycksår.

Nyckeltalsregistreringen visar att 27-30 boenden har aktuella registreringar i Senior Alert.

Livsmedelshygien

Man har fortsatt att signera för samtliga kontroller för livsmedelshygien 2022 dock har nyckeltalen fört in sporadiskt i mallen.

De förbättringsområden som identifierats under året som är kvarstående från förra året är:

- Temperaturkontroll och rengöring av diskmaskin
- Rengöring av fläkt, spis, ventiler.

Utbildning i livsmedelshygien genomfördes under hösten 2022.

Läkemedelshantering

Under 2022 i augusti genomfördes kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering på St.Eriks vård- och omsorgsboende utav Apoteket.

Enligt granskningen fungerar den praktiska hanteringen av läkemedel bra. Men de hade synpunkter och förslag på förbättringar. Som resultat av dessa förbättringsförslag kompletterades rutiner av läkemedelshantering som förtydligande rutiner för tillåten läkemedelsförvaring utanför den låsta skåpet/förråd. I signerings appen skrivs inte läkemedels namn, bara tid, antal och instruktion för personalen vb. Antal tabletter ska stämma med läkemedelslista som finns i läkemedelsskopet i personens lägenhet. Omvårdnadspersonal informerades om nya rutiner i samband med läkemedelsadministrering.

I samband med övergång till digitalsignering missades det en av självkontroller som vi börjat på nytt år 2023. Vi börjat i januari med självkontroller av "signerings listor", där sjuksköterskor kontrollerar sin avdelning och planerar åtgärder vb.

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller har fyllt i 2022, var det skett kontroller 1ggr/månad.

Antalet läkemedelsgenomgångar har följts under hela året (28). Läkemedelsgenomgångar genomförs alltid i samråd med ansvarig läkare.

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, Lyft-selar i april och oktober. Sjuksköterskornas MTP samt sittvågen kontrolleras inför varje användning.

Nutrition

Enligt nyckeltal har nattfasteregistrering skett två gånger under 2022 enligt planering på samtliga fyra avdelningar i verksamheten. Resultatet visade ett medelvärde under 11 timmar fastetid. Den kortaste registrerade fastetid var 2,5 timmar och den längsta var 17 timmar.

På verksamhetens alla fyra avdelningar serveras tre större måltider, hemmagjorda näringsdrycker och fika med kakor/mackor/frukt minst två gånger per dag samt nattmål eller förfrukost för dem som inte sover. Utöver detta ordinerar näringsdrycker om behovet finns. Under året 2022 följdes egenkontroll upp kvartalsvis gällande antal boende med aktuell MNA bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell MNA bedömning (27-30). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten vissa månader och stort antal nyinflyttade.

Gällande betydelsen och kunskaper kring nutritionen har extra satsningar på utbildning gjorts året både intern och extern. All tjänstgörande personal har fått nutritionens utbildning.

QUSTA

Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes 2022 i mars, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende bra resultat.

Trycksår

2022 fortsattes det egenkontroll kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Norton bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell Norton bedömning (27-30). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten i vissa månader samt ganska hög omsättning.

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2022 och visar att det funnits 1 trycksår grad 1 i april Såret upptäcktes snabbt och behandlades effektivt. Grad 2 trycksår registrerades 1 i februari och 1 i september hos två olika patienter. Dem upptäcktes och behandlades effektivt. Tre olika patienter hade trycksår Grad 3. Två av personerna kommit med såren från sjukhuset. Dem behandlades med mycket bra resultat och har inga sår idag. En patient fick sin trycksårgrad 3 vid livets slutskede hade mycket dålig cirkulation och avled med trycksår.

Från november 2022 har vi inga trycksår på St.Erik.

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. Patienten skickades till sjukhus för mindre kirurgiskt ingrepp och hade lång antibiotikabehandling. Patienten har ett sår kvar som ser bättre ut och kontrolleras av kirurgen.

Trygghetslarm

Under 2022 installerades på verksamheten ett nytt larmsystem. Trygghetslarm är skyddsåtgärd mot fallrisk och ordinerar av hsl-personal.

Klagomål och synpunkter

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

I enlighet med Norlandias centrala rutiner registreras, sammanställs och analyseras alla klagomål och synpunkter i TQM kvartalsvis och årligen. Detta för att kunna upptäcka mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ser verksamheten över sina processer och rutiner för att säkra sin kvalitet.

Synpunkter och klagomål 2021 inkl. sammanställning

Under 2022 inkom totalt 12 st klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Detta är mindre än tidigare år 2021(16st). Ovan en sammanställd bild som beskriver antal och typ av klagomål och synpunkter som rapporterades till Kungsholmens stadsdelsförvaltning för 2022. Samtliga klagomål och synpunkter har hanterats enligt rutin. Åtgärder har vidtagits i alla händelser för att förebygga att klagomål skall uppstå igen och återkoppling till anhöriga har skett.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Resiliens beskrivs också som långsiktig förmåga att hos ett system kunna hantera förändringar och fortsätta utvecklas. Kvalitetsledningssystemet TQM har i verksamheten under pandemin varit till stor hjälp både när man behövt snabbt skapa nya rutiner och få ut de till alla medarbetare och även snabbt kunna registrera händelser som synliggjort behovet av snabb agerande med vissa registrerade händelser. Även göra nödvändiga riskbedömningar för att förhindra eller förebygga oönskade händelser. Allt detta för ett patientsäkert arbetssätt som resulterar i trygghet och säkerhet för varje individ.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Ja, verksamheten kommer att fortsätta arbeta på ett patientsäkert sätt i framtiden. Vi eftersträvar hög kompetens hos våra medarbetare gällande förståelse och användning av ledningssystemet, Vodok och ParaSol. Patientsäkerheten är ett pågående arbete. Identifierade områden som är relevanta inom organisation är:

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål satta i verksamheten för 2023:

1. Fortsätta att förbättra informationsöverföring och rapportering i teamen både i det dagliga arbetet med hjälp av observations tavlor och i journalsystemen där genomförandeplaner i SoL ska ha en tydlig speglig av HSL-hälsoplaner.
2. Fortsätta att säkerställa handhavandet av det uppdaterade trygghetslarm systemet.
3. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ska registrera i SveDem och arbeta aktivt med checklistademens vid teammöten.
4. Fortsätta att använda intern kompetens för att utbilda och handleda omvårdnadspersonal samt fortsätta att stärka HSL gruppen i arbetsledning och ge mer kunskap om hur gruppen på ett verksamt sätt ska utbilda och handleda omvårdnadspersonal i bland annat personcentrerad omvårdnad, informationsöverföring, palliativ vård.
5. Följa upp att de nya centrala rutinerna gällande livsmedelspärmen dvs. förbättra egenkontrollspärmen gällande livsmedelshygien efterlevs.
6. Fortsätter med anhörigcaféer/möten med olika teman inom demensområde bjuda in sakkunnig inom demens eller kurator, anhörigkonsulent. Kaféer ska hållas av VC och HSL personal. Målet är att öka kunskap inom område demens, men även ge tid för reflektion och frågor i ett caféforum.