

Patientsäkerhetsberättelse för St Eriks vård- och omsorgsboende År 2023 och januari 2024



Ansvarig för innehållet: Tanja Kravinskaja projektledare Norlandia, Irena Hansson bitr. verksamhetschef, Johanna Kassberg verksamhetschef.
Diarienummer

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

| | |
|--|----|
| SAMMANFATTNING | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD..... | 5 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning..... | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 7 |
| Informationssäkerhet..... | 9 |
| En god säkerhetskultur..... | 9 |
| Adekvat kunskap och kompetens..... | 10 |
| Patienten som medskapare..... | 10 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD..... | 11 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 15 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 16 |
| Säker vård här och nu..... | 16 |
| Avvikelse, händelse – resultat..... | 16 |
| Riskhantering..... | 19 |
| Stärka analys, lärande och utveckling..... | 20 |
| Klagomål och synpunkter..... | 23 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 23 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 24 |

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.

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.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdrelaterade skador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vård skada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

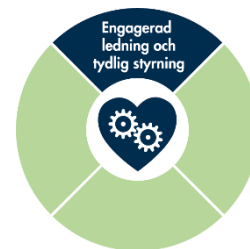
Engagerad ledning och tydlig styrning

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

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. I början av 2023 fick St Erik ny verksamhetschef Johanna Kassberg efter att dåvarande verksamhetschef har inom Norlandia fått uppdrag att driva ett flertal projekt. Johanna har arbetat inom Norlandia sedan 2011 och är erfaren i sitt ledarskap och som sjuksköterska. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, teamledande sjuksköterska (likväld biträdande verksamhetschef) och teamsamordnande undersköterskor/vårdbiträden (3st).

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 2010:659 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 regelbundet under året.

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

Samarbetet med Smittskydd har fungerat bra, kontaktperson i form av sjuksköterska på Smittskyddet har alltid kunnat nås och kunnat handleda.

Apoteket

Dispenserande läkemedel levererades från Svensk Dos AB enligt avtal. År 2023 sker leverantörbytte. Ny leverantör är Apoteket AB från 30/1-2023.

Uppdragsgivare

St.Eriks vård- och omsorgsboende drevs 2023, januari 2024 genom ett entreprenadavtal med Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. Vi har haft ett bra och kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljningar har skett enligt plan.

Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR med kvalitetsinstrument QUSTA. Under 2023 har detta skett i februari. 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.

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.

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 kvalitetsledningssystem (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 ansvarig för vidare åtgärder och utredning i händelsen. 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.

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 kompetensplanen.

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 2023 har vi fortsatt med interna utbildningar inom olika ämnen, bland annat nutrition, hygien och bemötande. som planerades och sköttes av fastanställda sjuksköterskor

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. Månadsvis upprättas informationsbrev till boende och anhöriga där verksamhetschef skriver om det pågående arbetet på verksamheten. Breven 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

dagarna 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.

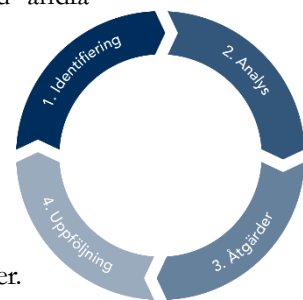
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

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".



Avvikelse 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 hygienrond

Två gånger per år kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom självskattningar

Årligen genomförs:

- hygienrond
- 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

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 nedkyllning 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 1.

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

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.

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 till och med september år 2023 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 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 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



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 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.

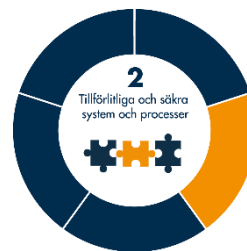
Avvikelser/Händelser av individuell karaktär behandlas även under omvårdnadskonferenserna där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och TQM. Den interna 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

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2023 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.

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 är Stjärnmärkt vilket innebär att medarbetarna har 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 arbete 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.

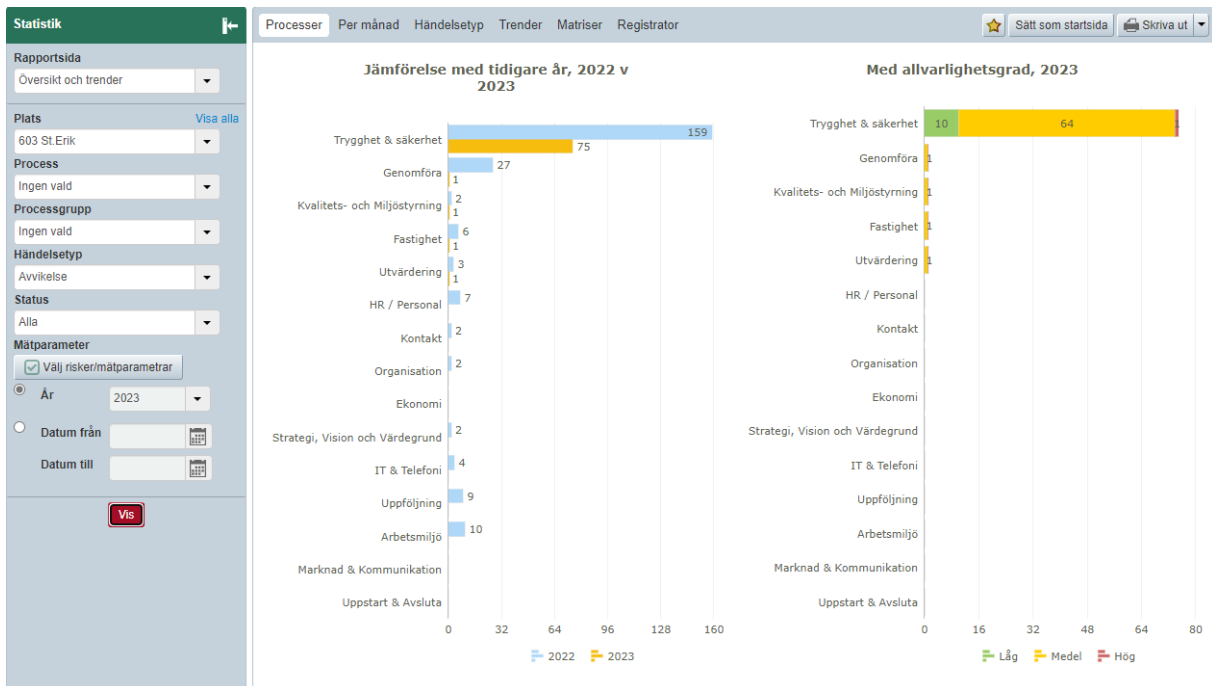
Säker vård här och nu

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



TQM registrerade händelser 2023

Under 2023 har totalt 75 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under processen Trygghet & säkerhet. Detta är en minskning från 2022 (159 st.) Under Trygghet & säkerhet registreras alla händelser som har med hälso- och sjukvård att göra.

Hantera fall

Enligt statistik över registrerade händelser i TQM har antalet fallavvikelser under år 2023 var 52 vilket är en minskning jämfört med 2022 då det registrerades 73 fall avvikelser. Fallen registreras i Vodoks avvikelsemodul också, antal registrerade avvikelse kontrolleras månadsvis och ska stämma med antalet i TQM.

Fyra av falloolyckorna har lett till fraktur.

Analys av denna statistik visar att det är fortfarande avd Capella som leder statistiken och där är en patient som ramlar oftast (17). Fallavvikelse behandlas enligt rutiner. Riskbedömning om fallrisk genomfördes som leder till hälsoplaner med lämpliga ordinationer och förskrivningar.

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 2023 (10 st) minskad jämfört med 2022 (30).

En av avvikelserna ledde till Lex Maria. Händelsen handlade om att patienten i några veckors tid fick fel dos av läkemedel, där apoteket depenserade läkemedel felaktigt. Händelse utreddes och ledde till ändringar rutiner i läkemedelshanterings rutiner, samt omvårdnads personal fick intern utbildning om läkemedelshantering.

Dem flesta avvikelserna handlar om att personalen missar/glömmer att administrera medicin i rätt tid eller missar/ glömmer att signera.

Hantera smittan

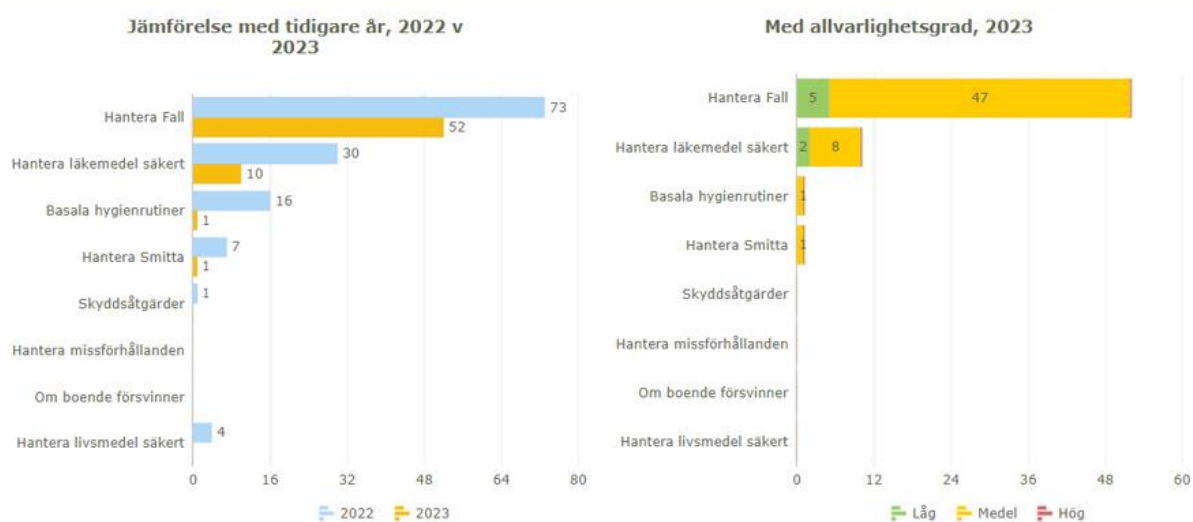
Under 2023 har 1 avvikelse registrerats som handlar om processen ”Hantera smittan”. Händelsen hanterades enligt centrala rutiner och följdes upp.

Hantera missförhållanden

1 avvikelse i att hantera läkemedel säkert har lett till Lex Maria, se ovan under rubrik 2”Hantera läkemedel säkert” för mer information.

Basala hygienrutiner

Under 2023 registrerades 1 händelse gällande basala hygienrutiner.



TQM registrerade händelser per händelsetyp 2023

Riskhantering

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

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.

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 identifiera 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.

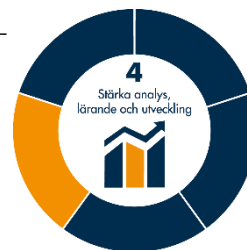
I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella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

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Egenkontroller och externa kontroller

Basal hygien

Observationer och självskattningar gällande basal hygien genomförs årligen. Under 2023 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 delgivits 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 2023 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar dock mellan 24-26st från månad till månad pga. att i HSL-journaler är det dokumenterat att samtycken ska inhämtats av omvårdnadspersonal vid varje användning.

Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten haft en boende med suprapubisk kateter

PPM mätningarna på uppdrag av Kungsholmen som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2023 i gjordes i mars och september. Genomföra egenkontroller på verksamheten som visar att vid mätningar fanns en boende med suprapubisk kateter samt 29 boende utan kateter av dem 22-27 personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Alla personer hade utprovade inkontinenshjälpmedel men ordinationer behövde följas upp och uppdateras.

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.

År 2023 genomfördes egenkontroll i februari och oktober gällande antal boende med aktuell Nicola bedömning. Enligt rutiner ska nyinflyttade personer bedömas enligt Nicola och därefter genomförs en ny riskbedömning en gång per år eller vid behov om hälsotillståndet förändrats.

Delegeringar

Nyckeltal visar att läkemedels delegeringarna kontrolleras regelbundet och var tredje månad av HSL-teamledare. Antalet aktuella delegeringar har under året varit 26-31st beroende på hur många tumanställda

som funnit i verksamheten. Inga insulin-delegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in. Aktuella delegeringar samt kunskapstester skrivs ut och förvaras i delegeringspärmerna som kontrolleras månadsvis av sjuksköterskor. Alfa eCare (digital signering) systemet avslutar automatiskt delegeringarna som gått ut.

Dokumentation

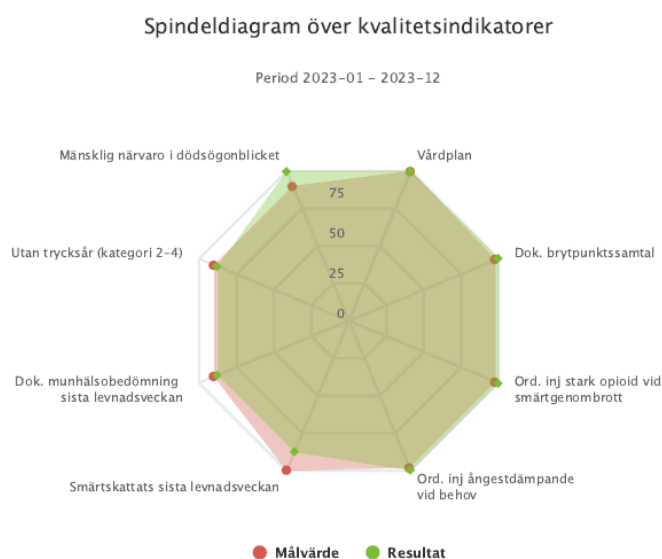
Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2023. I år har verksamheten haft kollegial granskning månadsvis. Resultatet visade att utifrån gällande lagstiftning var dokumentation i HSL bra och att vid skydds-åtgärder finns det en utredning, riskbedömning, dokumenterad samtycke och bestämt datum för uppföljning.

Infektioner och antibiotika

Under 2023 har månatlig infektionsregistrering skickats till stadsdelens MAS.

Enligt nyckeltal har verksamheten haft 19st antibiotikabehandlade infektioner.

Kvalitetsregister



Spindeldiagram från Palliativa registret 2023 St Eriks VoB

Under 2023 avled 9 boende på St.Erik, och registrerades i Palliativa registret

Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom sju områden; smärtskattningen ligger fortfarande ligger under målvärdet, vilken berodde på att personer avled oväntad snabbt och visade aldrig tecken på smärtproblematik.

Livsmedelshygien

Man har fortsatt att signera för samtliga kontroller för livsmedelshygien 2023 dock har nyckeltalen fört in sporadiskt i mallen.

Läkemedelshantering

Under 2023 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 ändrades vissa begrepp i rutiner av läkemedelshantering till mera korrekta begrepp. Omvårdnadspersonal informerades om nya rutiner i samband med läkemedelsadministrering. År 2023 implementerades digital signering detta eliminerade en hel del apotekets anmärkningar.

Sjuksköterskor fortsätter att utbilda omvårdnadspersonal om hur dem ska hantera läkemedel. Sjuksköterskorna har blivit mycket bättre att uppmärksamma avvikande händelse som resulterade i antal avvikelser men högre kvalitet på läkemedelshantering.

De områden enligt apotekets förbättringsförslag som verksamheten måste fortfarande bättras inom är ”Informationsöverföring mellan olika vårdformer”. Verksamheten borde vara bättre på att uppmärksamma avvikande händelse och skriva vårdkedjeavvikelse när sådana inträffar, samt uppmana läkare att noggrant ange max dygnsdos för varje ordinerad vid behovsläkemedel.

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller har fyllt i 2023, 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 december, 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 2023 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.

Det gjordes en intern analys av egenkontrollen. Boende som hade viktnedgång samt lång nattfasta fick komplettering av behandlingsåtgärder.

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 2023 följdes egenkontroll upp kvartalsvis gällande antal boende med aktuell MNA bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell MNA bedömning (29-30). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten visa månader och stort antal nyinflyttade.

Gällande betydelsen och kunskaper kring nutritionen har extra satsning på utbildning gjorts. All tjänstgörande personal har fått nutitions utbildning.

Trycksår

2023 fortsattes det egenkontroll kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Norton bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell Norton bedömning (23–28). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten i vissa månader samt ganska hög omsättning.

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2023 och visar att det funnits 1 trycksår från april-augusti som varierade från grad 4 och 3 tills den läkte. 1 trycksår grad 2 upptäcktes i oktober. I november och december dokumenterades inga sår. Såren upptäcktes snabbt och behandlades effektivt.

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.

Trygghetslarm

Den månatliga kontrollen av omvårdnadsansvariga sjuksköterska över larmet har skett enligt planen 2023.

Klagomål och synpunkter

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

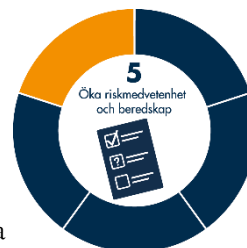
I enlighet med Norlandias centrala rutiner registreras, sammanställs och analyseras alla klagomål och synpunkter i TQM kvartalsvis och årligen. Detta för att kunna upptäcka mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

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

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.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande mål i verksamheten för 2024:

- Verksamhetsövergång till Stockholm stad kommer att leda till att ett arbete med den omställning som det innebär för HSL och omvårdnadspersonal ska fortgå. Nya rutiner och systemanvändning ska implementeras.
- Fortsätta med egenkontroller och åtgärder som det kan innebära utefter de resultat man kommer att få under årets gång.
- Fortsätta arbeta aktivt i alla kvalitetsregister