

Patientsäkerhetsberättelse för St Eriks vård- och omsorgsboende År 2021



Datum 2022-02-28

Ansvarig för innehållet: Tanja Kravinskaja verksamhetschef, Irena Hansson bitr. 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 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	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	18
Avvikelser, händelser – resultat	18
Riskhantering	23
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Klagomål och synpunkter	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30

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 2021 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.

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

Resultatet av registrerade händelser under 2021 visar en minskning med drygt 13% jämfört med 2020, men fortfarande ökning med 5% mot 2019 året innan pandemin. Under året har tre händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad. Det rapporterades nästa lika många avvikande händelser som klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende jämfört med föregående år.

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. Stort arbete hade genomförts med implementering av den digitala läkemedelssigneringen och att säkerställa medarbetarnas kunskap och förståelse vid användning av signeringsappen. De mål som vi inte riktigt hade nått tar vi med till år 2022.

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.

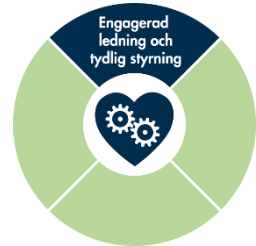
Engagerad ledning och tydlig styrning

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. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, teamledande sjuksköterska (likväl biträdande verksamhetschef) och teamsamordnande undersköterskor/vårdbiträden (4st).

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

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 201:659 3 kap. 4§). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

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

St.Eriks vård- och omsorgsboende stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet är förutom den interna MAS:en och stadsdelens MAS 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 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 för läkarinsatserna. En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten och Kungsholmens stadsdelsförvaltning angående St. Erik vård- och omsorgsboende finns. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig övriga tider. Samverkansmöten, skedde digitalt 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 pandemin har vi under året haft en del kontakt med Smittskydd Stockholm. 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 levereras från Svensk Dos AB enligt avtal.

Uppdragsgivare

St.Eriks vård- och omsorgsboende drivs genom ett entreprenadavtal med Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. Vi har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljningar sker och under övriga tiden av året har vi regelbundna verksamhetsbesök och träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten.

Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR med kvalitetsinstrument QUSTA. Resultatet återkopplas till biträdande verksamhetschef som vidtar åtgärder utifrån analysen. Under dessa genomgångar återkopplas även verksamhetens arbete gällande riskbedömningar MNA, Downton Fall Risk och Nikola samt ADL enligt Sunnås och Munstatus – ROAG som inhämtats av stadsdelens MAS/MAR via sammanställning i journalsystem Vodok.

Intertek

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

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 i sittande om-vårdnadskonferenser.

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 elektroniska ledningssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalsystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser gällande hälso- och sjukvården till biträdande verksamhetschef som utser sakansvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även intern MAS. Intern MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder.

Adekvat kunskap och kompetens

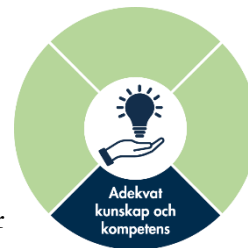
En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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 2021.

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.

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. I verksamheten har 2 medarbetare påbörjat utbildning genom Äldreomsorgslyftet till undersköterska under 2021. Ingen omsättning i ordinarie personalstyrka har skett under året.

Stjärnmärkta-enheter – Stjärnmarkt



Kompetensplan HSL personal 2021

Följs upp i Hogia

Kvartal 1	Ti
Arbetsmiljöutb. För bitr. VC	
Arbetsrätt utb. För bitr. VC	
Jobba säkers med läkemedel	
Ledningssystemet, TQM	
Administration och Medvind	
Äldern har sin rätt	
Hjälpmiddel (rehab)	
Ilex Sara/Maria (rehab)	
BPSD utbildning administratör	
Pedagogik, vårdlärare på högskola, halvfart 1 ssk 7,5 poäng	

Kvartal 2	Ti
Brandskyddsutbildning	
Jobba säkers med läkemedel	
Larmutbildning, det nya Tunstall systemet	
Ledningssystemet, TQM	
NY- basala hygienrutiner för SÄBO	
Nutrition och fysisk träning (rehab)	
Pedagogik, vårdlärare halvfart 1 ssk, 7,5 poäng	

Kvartal 3	Ti
BPSD admin utbildning	
Inkontinens utbildning i samarbete med Tena	
Ilex Sarah/Maria	
Stjärnmärkning uppföljning, reflektion	
Nationella värdegrunden, uppföljning, reflektion	
Dokumentationen betydelse HSL och Sol	
Äldern har sin rätt	
Pedagogik, vårdlärare halvfart 1 ssk 7,5 poäng	

Kvartal 4	Ti
Norlandia HSL dag Sthlm (6 ssk och 2 rehab)	
Äldreomsorgsdagarna erbjuds alla i HSL gruppen	
Stjärnmärkning uppföljning, reflektion	
Nutrition, mat och näring för äldre pers. hälsa	
FAMM modellen	

Norlandia, St Eriks vård- och omsorgsboende, Kompetensplan HSL 2021

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 2021 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 2021 skett dem flesta kontakt via telefon, men det fanns tillfälle för fysiska möte med anhöriga när behovet uppstått.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. Under Covid 19 utbrott infördes krav på besöksförbudet, men undantag kunnat ges till de närstående som velat vara nära vid livets sista stund. Detta skedde enligt rutiner och på ett säkert sätt. När verksamheten betraktades fri från smittan gällde tidigare regler med kompletterande smittskydds utrustning vid behov.

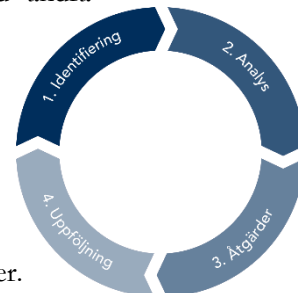
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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".



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

Avvikelse 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 2021 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.

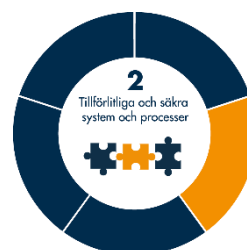
Avvikelse/Händelser av individuell karaktär behandlas även de under omvårdnadskonferenserna där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och TQM. Den interna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

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

Statistik över samtliga händelser presenteras av verksamhetschef vid arbetsplatsträffar 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 bejagas. 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 året 2021 har flertalet åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerhet, 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 basalthygien (webb) och i samband med pandemin fördjupade verksamhetsbaserade utbildningar om hantering av skyddsutrustning samt rutiner vid kohortvård. utbildning på sommaren. Viktigast var under 2021 satsning på utbildning och uppföljning av basala hygienrutiner, nutritionsutbildning och livsmedelshygienutbildning.

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 2021 valdes i Norlandia november som "Etikmånad" där personalen i mindre grupper har fått se en utbildnings film och diskutera, reflektera efteråt över några exempel på etiska dilemman utifrån Nollvisionen.

Under året fortlöpte arbetade 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 implementerades på nytt. 8 till personer utbildades till BPSD administratörer av dem är en fysioterapeut, en arbetsterapeut, tre sjuksköterskor och tre undersköterskor.

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.

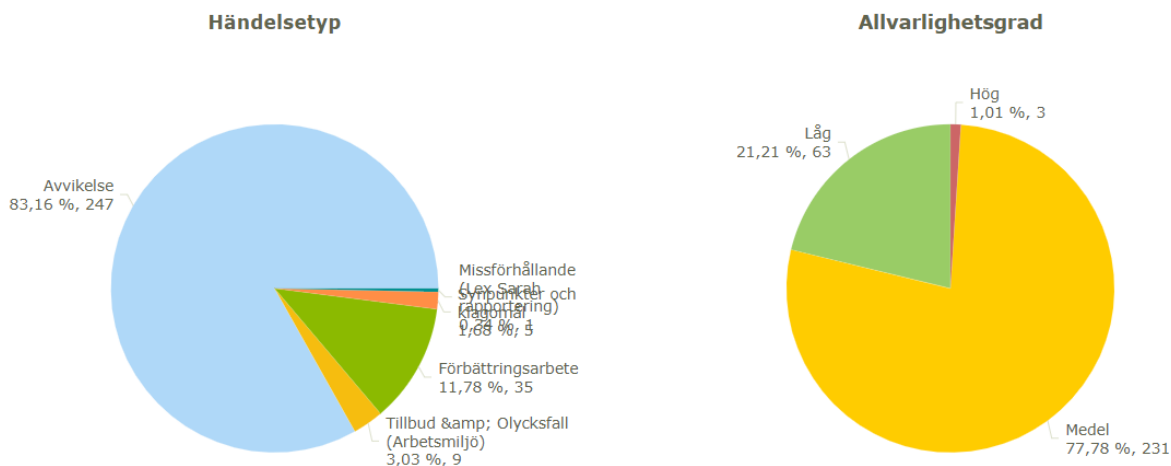
Säker vård här och nu

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 2021 har totalt 297 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en minskning från 2020 (337 st) som framförallt förklaras till att de avvikelser som registrerades under 2020 de hård drabbade månader på grund av pandemin bidragit med fler avvikelseregistreringar. Under 2021 har rutinerna främst gällande smitta och basala hygienrutiner fungerat betydligt bättre och därav färre avvikelser.

Utav dessa har tre händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad, vilket är en minskning från 2020 (5st). Händelserna för 2021 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 2021 (76+2=78), 2 av dem registrerade under fel rubrik i TQM, minskat jämfört med 2020 (83st). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar enligt följande; Capella (10st fallolyckor, 5 boenden), Vega (9st fallolyckor, 3 boenden), Sirius (26st fallolyckor, 5 boenden), Orion (31st fallolyckor, 6 boenden). Fallen registreras i Vodoks avvikelsemodul också (78), antal registrerade avvikelse kontrolleras månadsvis och ska stämma med antalet i TQM.

Två av fallolyckorna har lett till fraktur.

Analys av denna statistik visar att avdelning Orion har en högre fallfrekvens än övriga avdelningar. Det är en person som ramlar mest på avdelningen (14 fall). Hälsotillståndet hos personen har förändrats på olika sätt. Personen har försämrades bland annat i sitt hälsotillstånd gällande demensdiagnosen, men mycket aktiv

fysisk och förflyttas sig själv. Personen är mycket besvärad av sin försämring och reagerar med ångest och oro och samtidigt känslig mot vissa mediciner som testades för att lindra besväret. För att förebygga fall ordinerades skyddsåtgärder och remissen skickades till BPSD teamet som kom med olika förslag och följer upp ärendet regelbundet. Läkemedelsjustering genomfördes med ganska bra resultat.

Avdelning Sirius som hade 46 fall år 2020 har minskat antal fall till 26 år 2021 som är en stor förbättring. Det är samma person som föra året som ramlar mest (11 fall) på avdelningen, men betydligt mindre än föra året. Personen har förbättrats 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 2021 (31 st) ökad jämfört med 2020 (27). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar och övergripande enligt följande; Capella (6 st), Vega (2st), Sirius (9 st), Orion (8 st) .

En av avvikelserna handlade om att det saknades ett stort antal av narkotiska preparat. Händelsen polisanmäldes. Misstänkt person arbetsbefriades. Inga läkemedel saknades vid senare kontroll.

En av händelserna handlade om att omvårdnadspersonal på natten upplevde att en sjuksköterska är överdrivet restriktiv gällande vid behovs medicinering. Omvårdnadspersonal fick förklaring av sjuksköterska gällande motivationen.

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 2021.

År 2021 har vi på St. Erik implementerat digital signering av administrerat läkemedel. Detta upplevs som en säkrare sätt att få kontroll och överblick om läkemedelshantering. Samtidigt orsakade övergången ett antal avvikelser under juli månad på grund av att personalen och sjuksköterskor kände sig osäkra om hur systemet skulle användas.

Analys av denna statistik visar att på att avdelningar Orion och Sirius inträffade mest fel vid läkemedelsadministrering i år, däremot mindre än 2020. 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 2021 har 5 st avvikelser registrerats som handlar om processen ”Hantera smittan”.

Här registrerades 3 avvikelser handlade om boende som insjuknade i Covid 19 i september. Alla tre från en och samma avdelning. 2 Avvikelse handlade om att personalen slarvade med att använda skyddsutrustning. Alla händelser hanterades enligt centrala rutiner och följdes upp.

Hantera missförhållanden



Månadsöversikt allvarlighetsgrad, 2021 v 2020

Under 2021 har 2 st händelser registrerats i TQM angående missförhållanden, vilket är en stor minskning från 2020 (10st).

En av dessa händelser handlat om boende som har fått storblåmärke utan rimlig förklaring av orsaken. Utredningar har genomförts och misstanke om våld mot boende kvarstod inte efter utredningen.

Den andra händelse handlar om misstänkte om stöld. Boende saknade två ringar och personalen kunde bekräfta att ringarna, som användes alltid tidigare, var borta.

Om boende försvinner



Under 2021 har en boenden avvikit från verksamheten. Detta hände i juni i samband med musikunderhållning på innegården vid Midsommarfirandet. Personen hittades inom en halv timme. Utredning av rapportering enligt lex Sarah genomfördes med ställningstagandet ”missförhållande”. Ny rutin för “Säker utevistelse av boende på innegården” skapades. En ny hälsoplan för den boende startades med ordination/förslag till utevister. Liknande händelse skedde 2020 men med en annan boende.

Basala hygienrutiner



Under 2021 registrerades 13 händelser som handlade om Basala hygienrutiner, 10 av dem är avvikelse och 3 förbättringsförslag. Antalet visade på minskning jämfört år 2020 (15).

3 av avvikelserna handlat om städ på avdelningen och tillhörande omklädningsrum. 3 avvikelser handlat om bristfällig användning av skyddsutrustning på två avdelningar. 1 av avvikelser handlat om felaktig förvaring av omläggingsmaterial. 2 handlat om bristande personlig hygienhantering hos två olika boende på samma avdelning. 1 avvikelse skriven av intern MAS gällande bristfällig förvaring av arbetskläder.

1 förbättringsförslag handlade om “felaktig användning” av inkontinensskydd. 1 handlade om förslag om förbättrade rutiner gällande städ i omklädningsrummet. 1 handlade om förbättrade rutiner gällande förvaring av arbetskläder.

Alla händelser följdes upp åtgärdades, visa kräver mera långsiktiga planeringar.

Skyddsåtgärder.



Under 2021 har 3 händelser gällande Skyddsåtgärder registrerades som är minskning jämförd 2020 (8). En av händelser är dubbelregistrerad. 1 handlade om behandlade hjälpmedel som ordinerades och beställdes i tid, men har inte blivit installerad efter leveransen i en vecka. 1 handlade om en person som blivit inklämd i skyddshjälpmedel. Alla händelser utreddes och åtgärdades och ingen av berörda personer fått fysisk skada.

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 "Hälsofrämjande 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

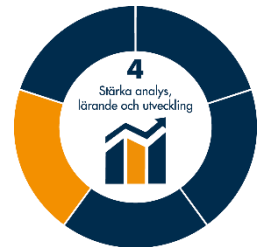
sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten med mera. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks. Riskbedömningar 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

Under 2021 har utbildning i basala hygienrutiner genomfört i 3 steg på samma sätt som år 2020: webbutbildning, utbildning på avdelningsmötet och individuell handledning av sjuksköterska.

Observationer och självskattningar gällande basal hygien genomförs årligen. Under 2021 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 2021 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar dock mellan 26-31st från månad till månad pga. att i HSL-journaler är det dokumenterat att samtycken ska inhämtats av omvårdnadspersonal vid varje användning.

PPM mätningarna på uppdrag av Kungsholmen som registrerats gällande begränsnings- och skyddsåtgärder under 2021 i mars och september visar att vid mätningar fanns 22 respektive 21 boende med beslut om skyddsåtgärd/skyddsåtgärder. Alla hade skyddsåtgärd dokumenterat i hälsoplan med kopplade ordinationer/åtgärder. Vid mätning var det 19 respektive 16 boende som hade individuella larm, 12 respektive 10 som hade sänggrind och inga boenden som hade bälte/grensälle/brickbord.

Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten haft en boende med suprapubisk kateter

PPM mätningarna på uppdrag av Kungsholmen som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2021 i gjordes i mars och september. Genomföra egenkontroller på verksamheten som visar att vid mätningar fanns en boende med suprapubisk kateter och en boende med urostomi i mars samt 24 boende utan kateter av dem 22 personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. I september fanns en person med suprapubisk kateter, 27 boende utan kateter av dem 25 personer med blåsdysfunktion med aktuell basal utredning, men bara 14 av dem hade aktuella ordinationer på inkontinenshjälpmedel. Alla 25 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 2021 genomfördes egenkontroll kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Nicola bedömning. Dessa visade att i februari fanns det 21 (84%) boende med aktuell bedömning, i juni 23 (82%) och i oktober 25 (86%). Enligt rutiner ska nyinflyttade personer bedömas enligt Nicola och därefter genomförs en ny riskbedömning en gång per år eller vid behov om hälsotillståndet förändrats. En relativ hög omsättning av boenden och Covid-19 utbrott bidragit till att bedömningar blivit något försenade.

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 26–31st 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 år av läkemedels administrering år 2021, 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 avslutar automatiskt delegeringarna som gått ut.

Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2021. 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.

Loggkontroller för 2021 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

Under 2021 har månatlig infektionsregistrering skickats till stadsdelens MAS (till och med september).

Enligt nyckeltal har verksamheten haft 29st antibiotikabehandlade infektioner som är stor ökning jämförd 2020 (9). 6st pneumoni, 0st UVI (med KAD), 11st UVI (utan KAD), 9st sårinfektion, 2 infektioner av mjukdelar (urostomi) och 1 övrig infektion.

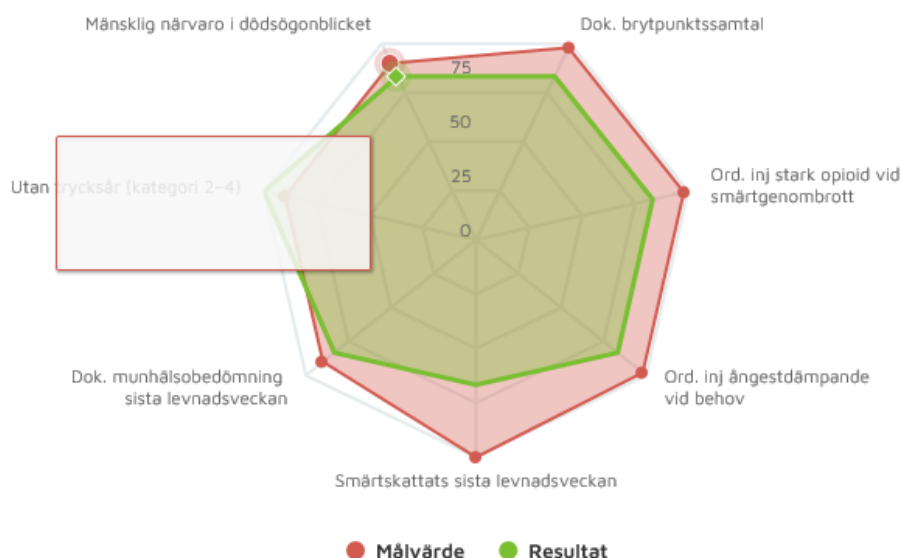
Detta är en stor ökning totalt jämfört med 2020 (9) gällande alla infektioner. Verksamheten drabbades av Covid-19 år 2021, detta resulterade att många av boende fick försämrad immunförsvar och blev mera mottagliga för andra infektioner. Omsättningen på verksamheten gällande boende var ovanligt hög och dem nyinflyttade hade sämre hälsotillstånd.

Kvalitetsregister

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2021-01 - 2021-12



Detta är en modifierad rapport

Under 2021 avled 10 boende på St.Erik, och registrerades i Palliativa registret, 2 avled på sjukhuset.

Rapport ur registret visar resultat av 6 boenden som registrerats i registret under 2021, orsaken till detta kan vara att 4 personer registrerades senare än dem skulle. Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom tre områden; smärtskattningen ligger fortfarande sämst, vilken berodde på att personer avled oväntad snabbt och visade aldrig tecken på smärtproblematik. Resultatet på dokumenterad brytpunktssamtal, ordination av starka opioid och inj av ångestdämpande ligger under målvärdet orsaken till detta är också snabbt sjukdomsförlopps som ledde till oväntat dödsfall.

Nyckeltalsregistreringen visar att 26–29 boenden har aktuella registreringar i Senior Alert varje månad.

Livsmedelshygien

I januari 2021 genomfördes livsmedelsinspektion. Granskningen genomfördes denna omgång via telefon och rutinerna skickades in. Granskning genomfördes utan anmärkning.

Man har fortsatt att signera för samtliga kontroller för livsmedelshygien 2021 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 2021.

Läkemedelshantering

Under 2021 i februari genomfördes kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering på St.Eriks vård- och omsorgsboende utav Apoteket digitalt.

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 2021 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 2021, 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 2021 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.

Några boende hade försämrad hälsotillstånd efter genomgången Covid 19 infektion och gått ner i vikt. 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 2021 följdes egenkontroll upp kvartalsvis gällande antal boende med aktuell MNA bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell

MNA bedömning (21-25). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten vissa månader och stort antal nyinflyttade.

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

QUSTA

Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes 2021 i mars, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende bra resultat.

Trycksår

2021 fortsattes det egenkontroll kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Norton bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell Norton bedömning (22–28). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten i vissa månader samt ganska hög omsättning.

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2021 och visar att det funnits 2 trycksår grad 1 i april och 1 trycksår juni. Såren upptäcktes snabbt och behandlades effektivt. Grad 2 trycksår registrerades från september – december. Såren uppkommit när en luftmadrass gått sönder på natten. Dem upptäcktes på morgonen och behandlades effektivt. Grad 3 trycksår upptäcktes i juli och under behändigt fortfarande. Personen kom med såret från sjukhuset och har mycket dålig cirkulation i u-benen so försvarar sår-läkningen. Många boende i år blivit långtidssjuka och sängbundna. I kombination av vikt-nedgång resulterade detta till flera trycksår.

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

Under 2021 skulle nytt system installeras på verksamheten och vidare åtgärder planeras då, men installationen sköts ännu ett år fram till 2022.

Den månatliga kontrollen av omvårdnadsansvariga sjuksköterska över larmet har skett enligt planen 2021.

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.

I/I – 31/12 (till verksamhetsberättelse)

Kategori	Antal	Analys av händelser	Sammanställning av vidtagna åtgärder
1.	9	5 avvikelser handlar om omvårdnad 2 avvikelser är synpunkter på städning i boendes rum. 1 avvikelse handlar om att en boende önskat sig tillbaka sin kontaktperson. 1 synpunkt på aktivitet där gungstolen har blivit placerad till en annan avdelning	Planeringsmöten gällande omvårdnads synpunkter genomfördes togs upp i teamet efteråt. Städningen säkerställdes samtals med KP genomförts gällande renhet på rummen och att följa rutiner som vi har. Lösning hade hittats till den boende som önskat få tillbaka kontaktpersonen. Information har givits gällande gungstolen
2.	0		
3.	1	1 synpunkt på tillgänglighet	Samtal med sjuksköterska genomfört, dock upplevde hon att hon inte uttryckt sig så som anhörig beskrivit. Information har givits till anhörig om vad man kan göra om den boende ramlar och om personalen är upptagna med annan boende. Information givits att det finns lånerullstol för promenader.
4.	6	Synpunkterna har varit av olika karaktär och handlat om fastighetsfrågor, sociala medier, hantera smitta (färre synpunkter på detta i jämförelse med 2020), kommunikation	Åtgärder som vidtagits har lett till godtagbara lösningar där närstående blivit nöjda med resultatet/ svaren. Åtgärderna har återkopplats till närstående av ansvarig för åtgärdernas genomförande enligt kvalitetsledningssystemet TQM.

Synpunkter och klagomål 2021 inkl. sammanställning

Under 2021 inkom totalt 16 st klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Detta är mindre än tidigare år 2020 (37st). Ovan en sammanställd bild som beskriver antal och typ av klagomål och synpunkter som rapporterades till Kungsholmens stadsdelsförvaltning för 2021.

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.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Måluppfyllelse

Mål satta i verksamheten för 2021:

1. Förbättra informationsöverföring och rapportering i teamen både i det dagliga arbetet med hjälp av observations tavlor och i journalsystemen där genomförandeplaner ska ha en tydlig spegling av HSL-hälsoplaner.
2. Fortsätta utveckla arbetet inom basal hygien. Genom utbildning av alla ombud och stöttande sjuksköterska inom ansvarsområden och basal hygien. Sjuksköterska ska stötta ombud i egenkontroller och därefter utföra inplanerade analyser så verksamheten kan planera in förbättringsområden. Färdigställa åtgärder efter utförd extern hygienrond ge-nom införd intern rond där åtgärder vidtas allt eftersom under året. Boka in ny hygienrond därefter. Säkerställa att även alla SSK utför webbutbildning. Genomföra planerad PPM mätning.
3. Fortsätta implementera BPSD arbete där verksamhetens alla boende är skattade efter årets slut. Genom utbildning av alla ombud och stöttande sjuksköterska inom ansvarsområdet och BPSD-systemet. Sjuksköterska ska stötta ombud i egenkontroller och planera in åtgärder för att nå målet.
4. Fortsätta implementera arbetssättet Stjärnmärkt med checklistademens och regelbundna reflektionsmöten.
5. Säkerställa handhavandet av trygghetslarm och minska antalet obesvarade larm
6. Fortsätta utveckla den palliativa vården och rollen som de utbildade palliativa ombuden har på verksamheten, genom att fokusera på checklistor från NVP och dokumentationen i SoL och HSL-journal. Utsedd ansvarig SSK ska stötta ombud för fortsatt utveckling.
7. Hantera läkemedel säkert, för detta skulle vi implementera läkemedels App och minska läkemedelsavvikelser.

Resultat 2021:

1. Målet delvist uppnått.
2. Målet uppnått, 2021 var året där all utbildningssatsning gjordes på hygienrutiner och fördjupad kunskap i dessa.
3. Målet uppnått. Nyckeltal är i gång i hela verksamheten. Fler BPSD administratörer utbildades från omvårdnadspersonalen även alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor för att säkerställa minst en administratör på varje avdelning. Detta kommer att underlätta och effektivisera arbetet.
4. Målet delvis uppnått. Alla boende registrerade SveDem och arbetet med BPSD pågår.
5. Målet ej uppnått. Uppdaterad larmsystem planeras att driftsättas under februari och mars 2022 stor utbildningssatsning inplanerad då.
6. Målet delvis uppnått. Arbetet med fokus på dokumentation i SoL och HSL-journaler pågår.
7. Målet uppnått. Implementeringar av digital läkemedelssigenering gick bra och fungerar bra.

Mål satta i verksamheten för 2022:

1. 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. Säkerställa handhavandet av det uppdaterade trygghetslarm systemet.
3. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ska registrera i SveDem och arbeta aktivt med checklistademens vid teammöten.
4. 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. Implementera nya centrala rutiner gällande livsmedelspärmen dvs. förbättra egenkontrollspärmen gällande livsmedelshygien.
6. Anhörigcaféer/möten på innegården 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 stöd efter pandemin med tid för reflektion och frågor i ett caféforum.