



*Gott liv – varje dag*

# **Patientsäkerhetsberättelse St. Eriks vård- och omsorgsboende**

## **År 2020**

Datum och ansvarig för innehållet:

2020-02-23

Tanja Kravinskaja  
Verksamhetschef

Irena Hansson  
Bitr. verksamhetschef

---

# Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
<i>Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning</i>	
<i>Intern revision</i>	
<i>Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare</i>	
<i>Övriga egenkontroller</i>	
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
<i>Intern samverkan</i>	
<i>Läkarorganisation</i>	
<i>Sjukhus</i>	
<i>Vårdhygien</i>	
<i>Apoteket</i>	
<i>Uppdragsgivare</i>	
<i>Intertek</i>	
Risicanalys	15
<i>Extraordinära händelser</i>	
<i>Trygghet och säkerhet</i>	
<i>Riskbedömningar för den enskilde</i>	
Informationssäkerhet	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Klagomål och synpunkter	18
<i>Rapportering</i>	
<i>Utredning och analys</i>	
<i>Återkoppling</i>	
<i>Sammanställning</i>	
Samverkan med patienter och närstående	19
Sammanställning och analys	20
Resultat	21
<i>Händelser</i>	
<i>Klagomål och synpunkter</i>	
<i>Egenkontroller och externa kontroller</i>	
<i>Måluppfyllelse</i>	
Övergripande mål och strategier för kommande år	35

---

## Sammanfattning

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

St.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar aktivt med patientsäkerheten och har satt övergripande mål och strategier samt ansvarsfördelning över hur arbetet ska gå till. Samverkan med interna och externa aktörer, som t.ex. läkarorganisation, sjukhus och uppdragsgivare, sker fortlöpande för att nå målen. Närstående uppmuntras även till samverkan genom bl.a. synpunkter för att verksamheten ständigt ska kunna förbättras.

I det centrala ledningssystemet finns anvisningar och struktur över hur risker bedöms, bl.a. i enskilt hem eller för enskild boende. I ledningssystemet finns även instruktion över hur bedömda risker och händelser följs upp och utvärderas. Verksamheten har kompletterat dessa med lokala rutiner hur uppföljningen sker praktiskt i det dagliga arbetet. Uppföljning sker även i form av egenkontroller som bl.a. "Nyckeltal" och kollegial granskning av dokumentation.

Under året 2020 har man arbetat med de uppsatta målen, men har varit tvungen att komplettera och vidta extra åtgärder för att öka patientsäkerheten 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.

Stora utbildningssatsningar i små grupper, individuell handledning och digitalt, har genomförts under året för att öka patientsäkerheten.

Resultatet av registrerade händelser under 2020 visar en ökning med 19% jämfört med 2019. Under året har en händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad. Under 2020 inkom fler klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende jämfört med föregående år en hel del var synpunkter med förbättringsförslag och en del gällde besöksförbudet under 2020.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bl.a. dokumentationen (både HSL och SoL), målvärden kring palliativ vård, QUSTA-analys, riskbedömningar.

---

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §*

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

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

---

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Norlandias VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin region. Regionvis ansvarar även en intern MAS / kvalitetsutvecklare för kvalitén inom verksamheten samt patientsäkerheten. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att boendes behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Kvalitetschef tillsammans med alla regioners MAS / kvalitetsutvecklare ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för patientsäkerheten på St.Eriks vård- och omsorgsboende. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, teamledande sjuksköterska (likväl biträdande verksamhetschef) och teamsamordnande undersköterskor/vårdbiträden (4st).

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

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

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

St.Eriks vård- och omsorgsboende stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet är förutom den interna MAS:en och stadsdelens MAS bl.a. apoteket och vårdhygien.

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp.

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker behandlas och hanteras dessa risker vid omvårdnadskonferenser som kallas Teammöte på respektive avdelning där representanter från alla professioner i arbetsteamet deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en hälsoplan med mål som ska vara kända och tillgängliga för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning sker regelbundet och vid behov.

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.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under året 2020 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. På grund av pandemin genomfördes mätningarna inte fullt ut under några månader (mars-augusti).

Samtlig personal utbildades i basalhygien (webb) och i samband med pandemin fördjupade verksamhetsbaserade utbildningar om hantering av skyddsutrustning samt rutiner vid kohortvård. Personalen utbildades och handledes individuellt eller i små grupper av tjänstgörande sjuksköterskor. Sjuksköterskorna hade ansvar att uppdatera rutiner med utgångspunkt från Folkhälsomyndighetens rekommendationer och i samråd med Norlandias MAS. HSL-personal hade ledande och utvecklande roll, med regelbundna kontroller, utbildningar och stöd för omvårdnadspersonal.

Utbildning i Stjärnmärkning genomfördes under årets sista månader. Där medarbetare uppdaterade sina kunskaper i webbutbildningar Demens ABC, Demens ABC plus och Nollvisionen. Under december månad skedde fysisk utbildning på plats i små grupper och på ett säkert avstånd pga pandemin. Medarbetarna har fått fördjupad kunskap i demenssjukdomen vilka lagar och förordningar som gäller för skydds- och begränsningsåtgärder och hur man ska arbeta med de etiska dilemman man möter i sitt arbete.

Under året fortlöpte arbetet med att förbättra informationsöverföring mellan HSL och omvårdnadspersonal, särskilt gällande skyddsåtgärder. Följsamheten att alla skyddsåtgärder som ordinerades av HSL-personal fanns dokumenterade och kopplade till hälsoplaner i Vodok samt dokumenterade i genomförandeplaner i ParaSol följdes upp under året.

Planer för att på nytt implementera arbetet med egenkontroller gällande Basal Hygien och BPSD samt utveckla den palliativa vården bromsades under pandemin.

Löpande under året har även utbildningssatsningar genomförts för bl.a. att öka patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar som genomförts under året var; Läkemedelshantering, (**webbutbildning**), Basal hygien (**webbutbildning**), hantering av skyddsutrustning samt rutiner vid kohortvård, samt Introduktionsutbildning för nyanställda.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

### Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar över de egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet. Utöver detta har verksamheten även upprättat några lokala egenkontroller. Egenkontroller följs upp med hjälp av "Nyckeltal".

På St.Eriks vård- och omsorgsboende registrerar utsedda ombud i verksamhetens kvalitetsgrupper, biträdande verksamhetschef samt verksamhetschef in 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 falloolyckor som lett till frakturer, vilket är ett nytt lokalt nyckeltal som införts under 2020
- 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 däref-  
ter.
- 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
- antal genomförda webbut- bildningar i Noll Vision (plan-



---

eras in årligen)

#### Blåsdysfunktion

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Nicola bedömning, vilket är en ny lokal egenkontroll som införts under 2020 med uppehåll i kvartal 2 och 3

#### Brandskyddsarbete

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal genomförda brandronder

#### Delegeringar

Månadsvis, med uppehåll i kvartal 2 och 3, kontrolleras/registreras:

- antal aktuella läkemedelsdelegeringar, insulindelegeringar, övriga delegeringar samt indragna delegeringar

#### Dokumentation

Månadsvis, med uppehåll i kvartal 2 och 3, 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 med uppehåll i kvartal 2 och 3 kontrolleras/registreras:

- antalet antibiotikabehandlade infektioner

Årligen genomförs:

- HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterades infektioner och antibiotikaförbrukning

#### Kvalitetsregister

Månadsvis med uppehåll i kvartal 2 och 3 kontrolleras/registreras:

- 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:

- Foodstamp odling
- Utbildning i livsmedelshygien

### Läkemedelshantering

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal narkotikakontroller
- antal läkemedelsgenomgångar (med uppehåll i kvartal 2 och 3)

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal utförda granskningar från Apoteket (Apoteksgranskningen flyttades till februari 2021. Genomförs digitalt)

### Medicintekniska Produkter (MTP)

Årligen kontrolleras/registreras:

- översyn av verksamheten MTP
- kalibrering
- besiktning

### Nutrition

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell MNA bedömning (med uppehåll i kvartal 2 och 3)

Två gången per år kontrolleras/registreras:

- boendes nattfasta (2020 kontrollerades 1 ggr)

### Trycksår

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antalet trycksår och övriga sår

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Norton bedömning, vilket är en ny lokal egenkontroll som införts under 2019

---

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, vilket är en ny lokal egenkontroll som införts under 2020
- Antal boende med aktuell ADL bedömning, vilket är en ny lokal egenkontroll som införts under 2020
- Antal boende med aktuell ROAG bedömning, vilket är en ny lokal egenkontroll som införts under 2020
- 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

På grund av pandemi genomfördes punktprevalensmätning 2020 (PPM) ej fullt ut, med uppehåll i kvartal 2 och 3 . Vi återgår till vanliga rutiner för egenkontrollprogrammet 2021. Denna mätning utförs av sjuksköterskor och rapporteras till Kungsholmens MAS.

#### Infektionsregistrering

---

Varje månad (med uppehåll i kvartal 2 och 3) 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 (med uppehåll i maj) 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.

#### QUSTA

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

#### **Övriga egenkontroller**

##### Socialstyrelsen

Antal genomförandeplaner där det framgår varför boende har skyddsåtgärd.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Intern samverkan

På St.Eriks vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom omvårdnadskonferenser/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 kvaliteten 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.

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. Under 2020 ingen extern ISO granskning av verksamheten på plats.

---

## **Risicanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

### **Extraordinära händelser**

Norlandia har en central framtagen kris- och beredskapsplan, likaså har St.Erik vård- och omsorgsboende upprättat en riskanalys och en handlingsplan för extraordinära händelser. Dessa är framtagna för att ledning och samtliga anställda ska vara beredd på nödsituationer, arbeta för att förebygga dessa i den mån det går och veta hur de skall agera om kris inträffar. Oavsett vilken kris som inträffar ska samtliga boenden omhändertas på bästa sätt.

### **Trygghet och säkerhet**

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

### **Riskbedömningar för den enskilde**

På St.Eriks vård- och omsorgsboende utförs riskanalyser kring varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten m.m. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning påbörjas även inom fjorton dagar efter inflyttning.

Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes vistelsetid på St.Eriks vård- och omsorgsboende.

---

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

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

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

På St.Eriks vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport men tjänstgörande sjuksköterska förmedlar dock även information av vikt muntligen till övriga professioner. Planeringsblad används på avdelningarna för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även veckovis mellan professionerna i sittande omvårdnadskonferenser.



---

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Norlandias ledningssystem.

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

---

## **Klagomål och synpunkter**

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

### **Rapportering**

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid regionchef, VD och uppdragsgivare informeras omgående.

På St.Eriks vård- och omsorgsboende är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter eller förbättringsförslag direkt till verksamhetschef eller indirekt via övrig personal. Information om hur synpunkter kan delges till verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning, kontinuerligt vid anhörigträffar från verksamhetschef samt löpande på informationstavlorna och i anhörigbrev som mailas ut.

Synpunkter kan lämnas skriftligt genom blanketter som hänger på informationstavlorna för boende och anhöriga på varje avdelning, eller genom mail. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal.

Eventuella klagomål som kommer via Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) tas emot av verksamhetschef och utreds tillsammans med intern MAS och biträdande verksamhetschef/HSL ansvarig sjuksköterska.

### **Utredning och analys**

Samtliga synpunkter registreras in i TQM av verksamhetschef och hanteras med övriga händelser där orsaksanalys genomförs och sakansvariga utredare utses. Synpunkter som berör enskild boende behandlas under omvårdnadskonferens där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans utföra orsaksanalys och kartlägga vilka åtgärder som kan åtgärda klagomålet. Synpunkter eller klagomål som berör större delar eller hela verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med åtgärder, uppföljning och återkoppling.

### **Återkoppling**

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

### **Sammanställning**

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

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

---

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På St.Eriks vård- och omsorgsboende är samverkan med boende och närstående ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar, genomförandeplaner och levnadsberättelser uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. I år ersatts anhörigträffar med 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. Breven sätts upp på informationstavlor samt mailas ut till de som anmält detta.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Då de boende på St Eriks vård- och omsorgsboende har demensdiagnos och inte alltid kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig.

Vid första kontakten med den boenden och närstående vid inflytt lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till avdelning, sjuksköterska och verksamhetschef. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd.

Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa om sorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen.

Samverkan med boende och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en 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 2020 skett dem flesta kontakt via telefon

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. Under pandemins krav på besöksförbudet, har undantag kunnat ges till de närstående som velat vara nära vid livets sista stund. Detta skedde enligt rutiner och på ett säkert sätt.

---

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

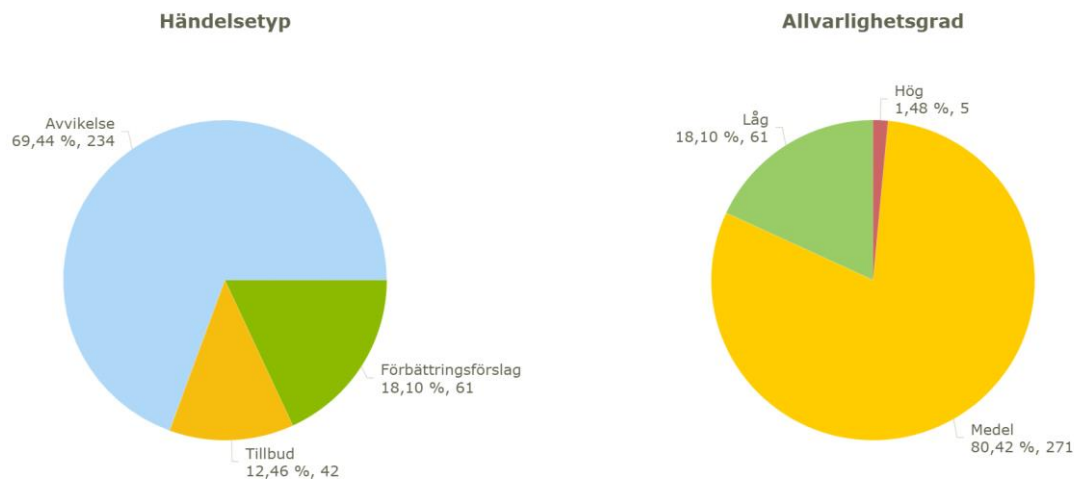
I enlighet med Norlandias centrala rutiner sammanställs och analyseras alla registrerade händelser i TQM kvartalsvis och årligen. Dessa händelser innefattar avvikelser, tillbud, förbättringsförslag, synpunkter och klagomål. Handlingsplaner utefter interna och externa kontroller registreras även de som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

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

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

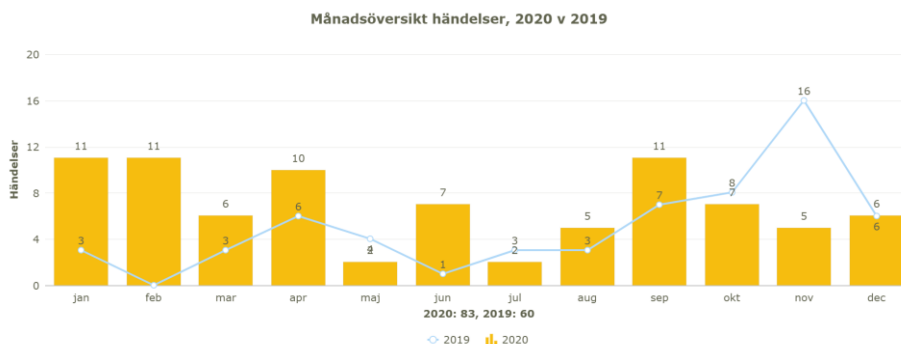
### Händelser



*Fördelning händelsetyp och allvarlighetsgrad över samtliga registrerade händelser TQM 2020.*

Under 2020 har totalt 337 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en ökning från 2019 (282 st) som framförallt förklaras till att händelsehanteringssystemet användning har ytterligare utökad då fler egenkontroller och externa kontroller registreras som händelser. Ökning kan också förklaras med att man under året varit drabbat av pandemin och ökning av händelser skedde under våren. Utav dessa har fem händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad, vilket är en ökning från 2019 (1st). Händelsen 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 2020 (83st) ökat jämfört med 2019 (60st). En av händelser var felplace-

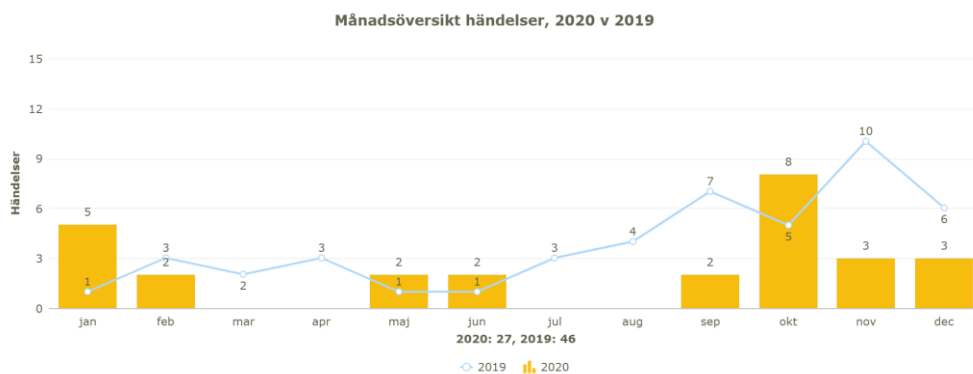
rad förbättringsförslag och två var dubbelregistrerade. Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar enligt följande; Capella (13st fallolyckor, 6 boenden), Vega (7st fallolyckor, 4 boenden), Sirius (46st fallolyckor, 10 boenden), Orion (16st fallolyckor, 6 boenden).

Sex av fallolyckorna har lett till fraktur.

Analys av denna statistik visar att avdelning Sirius har en högre fallfrekvens än övriga avdelningar speciellt under april och september. Det är en person som ramlar mest på avdelningen. Hälsotillståndet hos personen har förändrats på olika sätt. Personen hade fått ny diagnos som hon utreddes och behandlats mot. Samt hade personen drabbats av Covid 19 och blivit mycket sjuk. Återhämtning har tagit lång tid och påverkad personens förmåga att förflytta sig. Personen är uppgående och vill göra egna förflyttningar. För att förbygga fall ordinerades skyddsåtgärder och extra personal sattes in kvällstid.

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 2020 (27 st) minskat jämfört med 2019 (42st). Dessa var fördelade på verksamhetens alla fyra avdelningar och övergripande enligt följande; Capella (4t), Vega (0st), Sirius (12st en dubbel registrerad), Orion (8st) och 3 förbättringsförslag skrivet av omvårdnadspersonal på natten som önskade ”bättre medicinering för patienter med sömnproblematik” och förslag om övergång till digital läkemedelssigenering med en läkemedels App.

Merparten av händelserna handlar om läkemedel som ej givits enligt ordination, då orsaken oftast varit att delegerad personal glömt bort att administrera läkemedel på utsatt tid. Varje händelse har utretts av ansvarig sjuksköterska där samtal med berörd omvårdnadspersonal och ställningstagande om fortsatt delegering har tagits. Ingen delegering har återkallats under 2020.

Analys av denna statistik visar att på att avdelningar Orion och Sirius inträffade mest fel vid läkemedelsadministrering i år, däremot mindre än 2019. På avdelning Orion antal feladministreringar minskade till mer än hälften. År 2020 har det tagits fram flera nya rutiner på avdelningen som visade på ett

förbättrat resultat för läkemedelshantering.

### Hantera smittan

Den största antal avvikelser år 2020 handlar om en av kärnprocessen ”Hantera smittan” (70 st). Här registrerades Avvikelse (39 st), Förbättringsförslag (5 st) samt Tillbud (26 st).

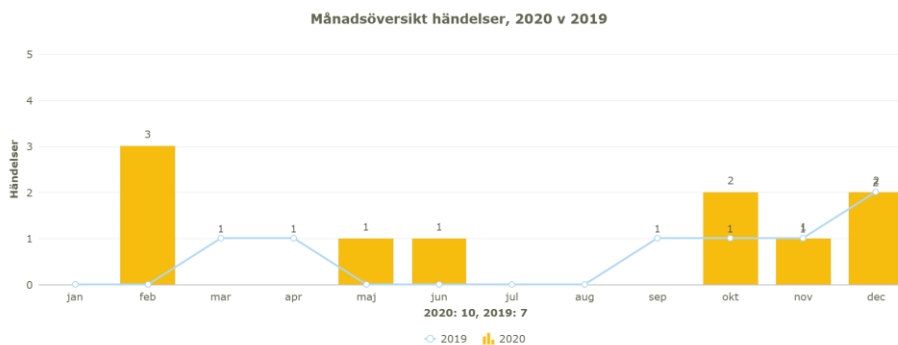
28 Avvikelse handlade om boende som insjuknade (mars, april, november).  
11 Avvikelse handlade om att personalen slarvade med att använda skyddsutrustning.

4 av Förbättringsförslag kommit från anhöriga och var deras synpunkter om förebyggande åtgärder på avdelningen. En handlade om att anhörig var missnöjd om hur hantering av besök skedde i det palliativa skedet.

Dem flesta Tillbud (24) handlade om avsteg från besöksförbud och 2 handlade om personal som upplevdes förkylda på arbetsplatsen.

Alla händelser hanterades enligt centrala rutiner och följdes upp. En ledde till IVO anmälan. Anmälan handlade om att anhörig missnöjd med om hur hantering av besök skedde (samma händelse dokumenterades i två avvikelser – ”hantera läkemedel säkert” och ”hantera missförhållanden”)

### Hantera missförhållanden



Under 2020 har 10st händelser registrerats i TQM angående missförhållanden, vilket är en ökning från 2019 (7st).

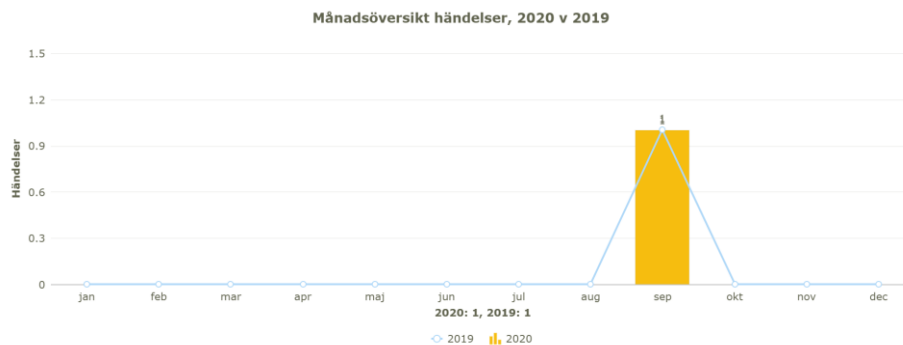
Fyra av dessa händelser handlar om boenden på en och samma avdelning som uppgett att de blivit skrämda av personal. Utredningar har genomförts och misstanke om våld mot boende kvarstår inte därefter. Men händelser har vidare åtgärdat vidtagits för att uppmärksamma personal om bemötande av boende och hur hans ton val kan uppfattas för hård.

Två av händelsen handlar om misstänkte om stöld. En anmäldes av anhörig som saknade klädplagg, när lägenheten tömdes efter dödsfall. Den andra handlade om försvunna pengar (40 kr), uppmärksammats av anhörig. Händelserna utreddes på plats men har inte givit resultat.

En handlade om att anhörig till boende kommit med klagomål via äldreförvaltningen gällande omhändertagande av bonde (palliativvård i samband med pandemi). Ärende ledde till IVO anmälan (samma händelse dokumenterades i två avvikelser – ”hantera läkemedel säkert” och ”hantera missförhållanden”)

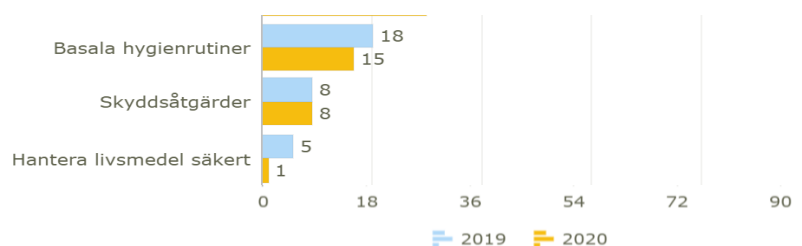
En ärende handlade om boendes klagomål på att hen hade kallt i rummet.  
En handlade om en boende använde andras toalett (av glömska).

### Om boende försvinner



Under 2020 har en boenden avvikit från verksamheten. Detta hände i oktober och boende avvek just innan lunch och återfanns cirka en kilometer från verksamheten inom en 40min. Händelsen utreddes grundligt internt och orsaksanalys visade att boende kunde använda koden för att öppna ytterdörr, samt förmodligen avlarmade genom att trycka på gröna knappen (styrkt av larmlogg). Hen var på väg ”hem” till sin gamla bostad. Lex Sara utredning. En ny hälsoplan startades med ordination/förslag till dagliga promenader. Liknande händelse skedde 2019 men med en annan boende.

### Övriga händelser



*Övriga registrerade händelser i TQM under övriga processen ”Trygghet och säkerhet” som berör patientsäkerheten jämfört åren 2019-2020.*

Utöver ovanstående händelser (fall, läkemedel, missförhållande, boende försvinner) har 24st övriga händelser registrerats angående patientsäkerheten i TQM under processen ”Trygghet och säkerhet”

15st händelser handlade om Basala hygienrutiner. 6 av dem handlade om bristande städning samt 5 förbättringsförslag utefter uppföljning av hygienrond, interna hygienronder och egenkontroller.

Två avvikelser förekommer där personal ej följt gällande rutiner vid tvätt av

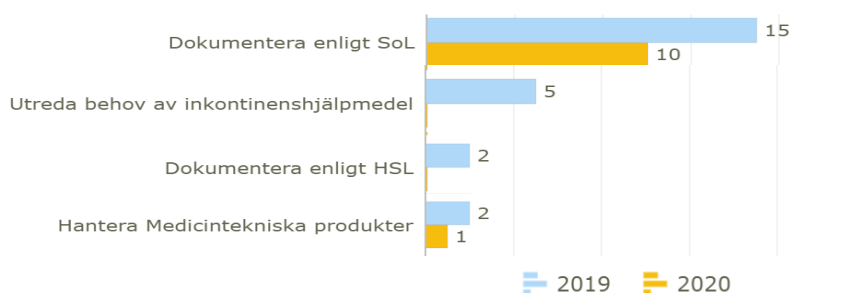


arbetskläder och en avvikelse gällande brist på arbetskläder vilket åtgärdats. Och två handlade om personal som ej använder visir.

Under året har 8st händelserna angående Skydds- och begränsningsåtgärder registrerats. Två handlade om larmlogg som var ej igång. Två av händelserna handlade om rörelselarm och armbandslarm som enligt anhörig tagit för långt tid att installera/beställa. Ansvarig sjuksköterska kontaktades och fick hjälp med att utföra beställningen/installationen på rätt sätt. En avvikelse handlade om att rörelselarm saknades fast det fanns ordination för att använda den. En avvikelse handlade om att leveransen för armbandslarm tagit lång tid.

1st händelse angående hantering av livsmedel gäller följsamhet av lokala rutiner för städning och signering av utförda moment enligt livsmedelshygienrutiner. Avvikelsen är tagen med berörd personal och rutinen gick igenom, ingen boende har påverkats av denna händelse.

Jämförelse med tidigare år,  
2019 v 2020



Utöver ovanstående händelser (fall, läkemedel, missförhållande, boende försvinner) har 11st övriga händelser registrerats angående patientsäkerheten i TQM under processen ”Genomföra – Stödprocesser i omvårdnadsarbete”

De 10st händelserna angående dokumentation enligt SOL är 10st avvikelser utefter resultat i egenkontroll gällande aktuella genomförandeplaner samt löpande dokumentation. Åtgärder har vidtagits vid varje tillfälle för att minska risken att avvikelse sker igen. Två händelser är förbättringsförslag utefter intern revision (gällande uppdatering av genomförandeplan vid palliativvård) samt oanmänt besök från äldreförvaltningen (gällande att genomförandeplaner kan bli mer individuellt utformade). Åtgärder på dessa två förbättringsförslag har dels vidtagits men pågår än.

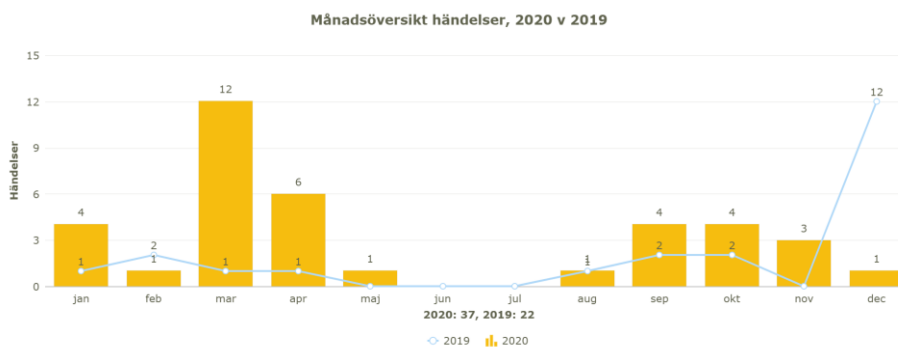
Under året har 5st händelser angående inkontinensutredning registrerats. En handlade om att avdelningen beställde inkontinenshjälpmedel som stämde inte överens med sjuksköterskas ordinationer. Fyra avvikelser handlade om inkontinenshjälpmedel som ej passade boende. Personer som registrerade avvikelse skulle i första hand (enligt rutiner) fylla i avvikelsekort för inkontinenshjälpmedel och lämna den till omvårdnadsansvarig sjuksköterska för vidare utredning. Alla avvikelser tagits om hand individuellt och omv.personal har informerats om rutiner.

Det registrerades två händelsen om HSL- dokumentationen under året. Det

första var ett förbättringsförslag som inkom vid uppföljning av våra uppdragsgivare att verksamheten bör se över att få tillgång till läkarjournaler efter rond. Förbättringsförslaget åtgärdades och ansökan för alla sjuksköterskor i verksamheten om behörighet att läsa i Take Care ägde rum. För tillfället är det dock enbart en sjuksköterska som använder sin behörighet. Det andra var även det ett förbättringsförslag som handlade om att HSL-riskbedömningar ska stämma överens med SOL-dokumentation (i genomförandeplaner). Detta arbetades med under året och hälsorisker identifierades i samarbete mellan olika yrkesgrupper, togs upp och diskuterades på omvårdnadskonferanser/ teammöten. I de flesta fall skapas därefter hälsoplaner i HSL-journal och information i genomförandeplaner uppdaterades. Exempelvis följdes dokumentationen gällande skyddsåtgärder upp i ett mål för året där det visade sig att ca 67% av genomförandeplaner innehöll korrekt information om skyddsåtgärder, vilket är en förbättring från föregående år.

De två händelserna angående Medicintekniska produkter handlade om: en om medicintekniska redskap som inte beställdes i tid och en handlade om förbättring/förtydligande av rutiner för vikarierande nattsjuksköterskor. De två händelser togs upp på HSL-möte och åtgärden blev att skriva på tavlan i läkemedelsrummet dem mediciner som håller på att ta slut, samt skriva datum när mediciner beställs. Den andra förbättringsförslag åtgärdades genom ny information till berörda nattsjuksköterskor.

## Klagomål och synpunkter



Under 2020 inkom totalt 37 stycken klagomål och synpunkter till St.Eriks vård- och omsorgsboende. Detta är fler än tidigare år, 2019 (23st), men vi ser att synpunkter om förbättringsförslagen blir fler under 2020.

22st är registrerade som förbättringsförslag.

15st är avvikelser innehar utredning och vidtagna åtgärder. Av dessa låg 5st under processen "Genomföra - Daglig vård- och omsorg". Sedan har det registrerats klagomål och synpunkter angående trygghet & säkerhet (8st), kontaktmannaskap (2st).

Samtliga klagomål och synpunkter har hanterats enligt rutin, se ovan under rubrik "Klagomål och synpunkter" (s.18). Åtgärder har vidtagits i alla händelser för att

---

förebygga att klagomål skall uppstå igen och återkoppling till anhöriga har skett.

## **Egenkontroller och externa kontroller**

### Basal hygien

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

29 av 31 (93 %) månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden genomfört den årliga webbutbildningen. Utav sjuksköterskorna har 6 av 6 (100%) månadsanställda genomfört planerad utbildning.

Observationer och självskattningar gällande basal hygien startades upp under 2017. År 2019 har dessa kontroller inte utförts korrekt under året och analys har inte kunnat genomföras. År 2020 skulle arbetet börjat på nytt och till och med mars genomfördes Basala hygienrutiner självskattningar och observationer som planerad. Uppehåll gjordes från mars till september på grund av pandemin.

Under året har intern hygienrund genomfördes som egenkontroll utifrån tidigare extern hygienrund samt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Kontinuerliga uppdateringar av hygienrutiner genomfördes av verksamhetschefen, HSL-teamledare och intern MAS utgå från rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Sjuksköterskorna hade ansvar för spontana kontroller samt interna utbildningar inom basalhygien och barjervård.

### Begränsnings- och skyddsåtgärder

Nyckeltalen som följs upp varje månad visar att under 2020 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar dock mellan 27-29st 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 2020 i mars och september visar att vid mätningar fanns 27-29st boende med beslut om skyddsåtgärd/skyddsåtgärder. Utav dessa var det 27-29st som hade skyddsåtgärd dokumenterat i hälsoplan med kopplade ordinationer/åtgärder. Vid mätning var det 16-19st boende som hade individuella larm, 10-11st som hade sänggrind och inga boenden som hade bälte/grensälle/brickbord.

Under 2020 har 29 av 31 (93%) månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden genomfört den årliga webbutbildningen. Utav sjuksköterskorna har 6 av 6 (100%) månadsanställda genomfört planerad utbildning.

---

### Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten haft en boende med urostomi och i tre månader en boende med suprapubiskater

PPM mätningarna på uppdrag av Kungsholmen som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2020 i gjordes inte i mars. I september genomfördes egenkontroll på verksamheten den visar att vid mätningen fanns en boende med urostomi och 27st boende med blåsdysfunktion med aktuell utredning. Utav dessa var det 25st som hade individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel samt 25st som hade toalettassistans som behandling.

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

År 2020 genomfördes egenkontroll kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Nicola bedömning, dessa visade att alla boende bedömdes enligt Nicola bedömningen i samband med inflytt och därefter genomfördes en ny riskbedömning en gång per år eller vid behov om hälsotillståndet förändrats.

### Brandskyddsarbete

Registrerade nyckeltal visar att 2-4 st avdelningar genomfört brandkontroller varje månad. Vilket innebär att 2 avdelningar genomfört brandkontroller var annan månad.

### Delegeringar

Nyckeltal visar att antalet aktuella delegeringar har under året varit 26-30st beroende på hur många timanställda som funnit i verksamheten. Inga insulin-delegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in.

### Dokumentation

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har skett utefter stadsdelens mall en gång i oktober under 2020. I år har verksamheten haft uppehåll från mars med kollegial granskning utefter Norlandias egen granskningsmall på grund av Covid-19.

Loggkontroller för 2020 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Nyckeltalsregistreringen gällande aktuella genomförandeplaner visar att 48-88% av de boende vid kontrollerna haft en aktuell genomförandeplan (uppdaterad inom 3 månader). Nyckeltal saknas för månader mars-april, augusti, november-december på grund av andra prioriteringar. Likväl har personalen arbetat efter prioriteringslistan under de månader vi haft utbrott av Covid-19 vilket resulterade i att genomförandeplanerna inte uppdaterades i tid.

SoL-journaler , enbart en egenkontroll gällande den löpande dokumentationen

---

i SoL-journalen genomfördes under året

November 2020 genomfördes en självskattning internt som handlade om HSL dokumentation och Skydds- och begränsningsåtgärder. Resultatet visade att utifrån gällande lagstiftning var dokumentation i HSL bra och att vid skyddsåtgärder finns det en utredning, riskbedömning, dokumenterad samtycke och bestämt datum för uppföljning.

Systemtillsyn för 2020 skedde januari 2021 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, resultatet visade att några behöver revideras ingen hör dock till HSL delen.

#### Infektioner och antibiotika

Under 2020 har månatlig infektionsregistrering skickats till stadsdelens MAS (med uppehåll mars-augusti) .

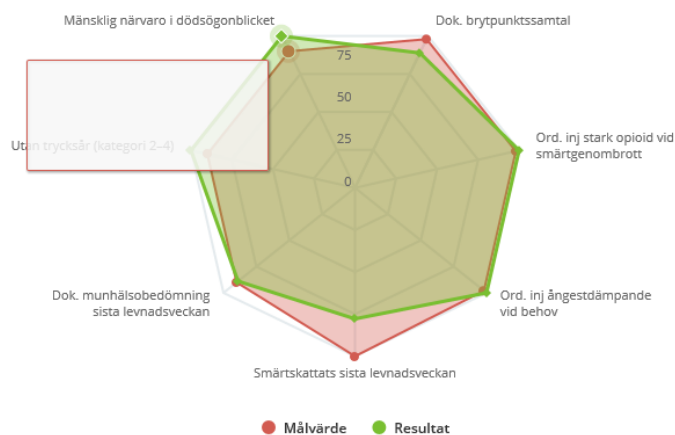
Enligt nyckeltal har verksamheten haft 9st antibiotikabehandlade infektioner; 3st pneumoni, 0st UVI (med KAD), 4st UVI (utan KAD), 1st sårinfektion och 1 infektioner av mjukdelar (stomi).

Detta är en ökning totalt jämfört med 2019 gällande alla infektioner. Verksamheten drabbades av Covid-19 år 2020 i två omgångar, detta resulterade att många av boende fick försämrad immunförsvar och blev mera mottagliga för andra infektioner.

## Kvalitetsregister

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Detta är en modifierad rapport

### Resultat i de olika kvalitetsindikatorerna i Palliativa registret 2019 jämfört med målvärden.

Under 2020 avled 14 boende på St.Erik, 13 avled på verksamheten och registrerades i Palliativa registret, en avled på sjukhuset

Rapport ur registret visar resultat av dessa sju boenden som registrerats i registret under 2020. Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom nästan alla områden, för utom en; smärtskattning sista levnadsveckan, vilken berodde på att personer avled oväntat snabbt och visade aldrig tecken på smärtproblematik. Resultatet på dokumenterad brytpunktssamtal ligger under målvärdet orsaken till detta är också snabbt sjukdomsförlopp som ledde till oväntat dödsfall.

Nyckeltalsregistreringen visar att 23-30 boenden har aktuella registreringar i Senior Alert varje månad.

### Livsmedelshygien

Man har fortsatt att signera för samtliga kontroller för livsmedelshygien 2020 dock har nyckeltalen inte fört in sporadiskt mallen.

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

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

Ingen utbildning i livsmedelshygien genomfördes under 2020.

### Läkemedelshantering

Under 2020 genomfördes inte kvalitetsgranskning gällande läkemedelshanteringen på St.Eriks vård- och omsorgsboende utav Apoteket. Granskningen genomförs digitalt i februari 2021. Enligt granskningen 2019 fungerar den

---

praktiska hanteringen av läkemedel bra. Men de hade synpunkter och förslag på förbättringar. Som resultat av dessa förbättringsförslag ändrades vissa begrepp på signeringslistor till mera korrekta begrepp. Omvårdnadspersonal informerades om nya rutiner i samband med läkemedelsadministrering. Sjuksköterskor fortsätter att utbilda omvårdnadspersonal om hur dem ska hantera läkemedel. Sjuksköterskorna har blivit mycket bättre att uppmärksamma avvikande händelse som resulterade i större antal avvikelser men högre kvalitet på läkemedelshantering.

De områden enligt apotekets förbättringsförslag som verksamheten måste förbättras inom är "Informationsöverföring mellan olika vårdformer". Verksamheten har därefter varit 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 2020, var det skett kontroller 1 ggr/månad.

Antalet läkemedelsgenomgångar har följts under hela året (14st). Samt brytpunktsamtalen (13) i samband med palliativvård där medicineringen ändrades till symptomlindrande. 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, Lyftselar i april och oktober. Sjuksköterskornas MTP samt sittvågen kontrolleras inför varje användning.

#### Nutrition

Enligt nyckeltal har nattfasteregistrering skett en gång under 2020 enligt planering på samtliga fyra avdelningar i verksamheten. Resultatet visade ett medelvärde på 10,35 timmar fastetid. Den kortaste registrerade fastetid var 4 timmar och den längsta var 17 timmar.

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 nattfika för dem som inte sover. Utöver detta ordinerar näringsdrycker från apoteket om behovet finns. Under året 2020 fortsattes egenkontroll upp kvartalsvis gällande antal boende med aktuell MNA bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell MNA bedömning (28-29). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten vissa månader.

#### QUSTA

---

På grund av pandemin genomfördes QUSTA bara i mars  
Enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA, som genomfördes 2020 i mars, nådde St.Eriks vård- och omsorgsboende bra resultat.

Utvecklingsområden utifrån uppföljning:

- Behörighet att läsa i läkarjournaler för alla fastanställda ssk. Att säkerställa tillgång till nödvändig information ur ansvarig läkares journal för väsentliga beslut som tas om vården.
- Säkerställ att överlämnande av läkemedel ska alltid signeras på signeringslista. Fortsätta med egenkontroll.
- Mars -april 2021 övergår vi till digital signering och delegering.
- Allt omvårdnadspersonal ska vara undersköterskor, för detta uppmuntras personal av ledningen att använda sig av Äldreomsorgslyftet och söka usk utbildningen.
- Inventarieförteckning för MTP som används av sjuksköterskor.
- säkerställa att produktinformation/användarhandbok för MTP alltid finns tillgänglig.
- Fortfarande finns brister i dokumentationen. Planera in tid för att utbilda vikarier.
- samverkan med verksamhetens dietist för att säkerställa den kliniska bedömningen av patienter med risk för eller konstaterade nutritionsproblem.

Dessa områden har verksamheten därefter arbetat aktivt med.

### Trycksår

2020 fortsattes det egenkontroll upp kvartalsvis gällande antal boende med aktuell Norton bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell Norton bedömning (28-29). Olika antalet beror på att olika antal boende på verksamheten i vissa månader.

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2020 och visar att det funnits 5 trycksår under perioden januari till augusti (grad 1) . Såren upptäcktes snabbt och behandlades effektivt. Många boende i år blivit långtidssjuka och sängbundna. I kombination av viktnedgång 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



---

Egenkontroll visar att svarstiden på samtliga larm i verksamheten ligger i snitt på 1,55 minuter.

Antalet obesvarade trygghetslarm var 5%. Antal obesvarade sänglarm var samma som 2019, i snitt 13%. Antal obesvarade dörrlarm var i snitt 94%.

Under 2020 skulle nytt system installeras på verksamheten och vidare åtgärder planeras då, men installationen sköts fram till 2021.

Den månatliga kontrollen av omvårdnadsansvariga sjuksköterska över larmet har skett enligt planen 2020.

### **Måluppfyllelse**

Mål satta i verksamheten för 2020:

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 hygienrund genom införd intern rond där åtgärder vidtas allt eftersom under året. Boka in ny hygienrund därefter. Säkerställa att även alla SSK utför webutbildning. 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 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.
5. Säkerställa handhavandet av trygghetslarm och minska antalet obesvarade larm.

Resultat:

1. Målet delvist uppnått.
2. Målet uppnått, 2020 var året där all utbildningssatsning gjordes på hygienrutiner och fördjupad kunskap i dessa.
3. Målet ej uppnått. Nyckeltal är ej igång genom hela verksamheten då planerna förändrades för genomförandet av BPSD på grund av pandemin.
4. Målet ej uppnått. Nyckeltal är ej igång genom hela verksamheten på grund av pandemin.
5. Målet ej uppnått. PÅ grund av 2020 pandemiutbrottet prioriterades hygienutbildningar i omgångar. Uppdaterad larmsystem installeras feb-mars 2021 stor utbildningssatsning inplanerad då.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål satta i verksamheten för 2021:

Förra årets alla mål har inte uppnåtts och får vara kvar även som mål för 2021, men med flera nya mål.

Förbättra informationsöverföring och rapportering i teamen både i det dagliga arbetet med hjälp av observaionstavlor och i journalssystemen där genomförandeplaner ska ha en tydlig spegling av HSL-hälsoplaner.

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 genom införd intern rond där åtgärder vidtas allt eftersom under året. Boka in ny hygienrond därefter. Säkerställa att även alla SSK utför webutbildning. Genomföra planerad PPM mätning.

Fortsätta implementera BPSD arbete där verksamhetens alla boende är skatade 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.

Fortsätta implementera arbetssättet Stjärnmärkt med checklista demens och regelbundna reflektionsmöten.

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.

Hantera läkemedel säkert, för detta ska vi implementera läkemedels App och minska läkemedelsavvikelser.

Säkerställa handhavandet av uppdaterade trygghetslarm systemet och minska antalet obesvarade larm.