

Patientsäkerhets- berättelse för

Kattrumpstullen

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-03-01

Ida Andersson och Marie Tunander

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.....	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter.....	14
Sammanställning och analys.....	15
Samverkan med patienter och närstående	15
Resultat.....	16
Processmått	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	21

Sammanfattning

Norlandia Care AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt dagverksamhet för äldre. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). Där Norlandia har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

KOSMO, Kropp Och Själ Med Omtanke, driver Kattrumpstullen sedan den 1 december 2013 genom ett entreprenadavtal med Stockholm stad. I februari 2015 köptes aktierna i Kosmo av Norlandia Care. Detta innebär år 2016 en stegvis övergång till Norlandias ledningssystem TQM, Total Quality Management och byte av logotype.

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboendet har 97 lägenheter med heldygnsomsorg fördelat på fem våningar totalt nio avdelningar. Från start har 55 lägenheter varit avsedda för personer med somatisk sjukdom och 42 lägenheter för personer med demenssjukdom. Under hösten 2015 gjordes en ny fördelning av platser. Målsättningen var att Kattrumpstullen ska ha 4 demensgruppboenden med 8 lägenheter samt 5 somatiska avdelningar med 13 lägenheter. 13-sidan på plan 3 omvandlades aldrig till somatisk avdelning under 2015. Under 2016 har det inte gjorts någon ytterligare omfördelning, vilket innebär att Plan 3 fortfarande endast består av fortfarande av demensplatser. Fördelning den sista december 2016 var 45 lägenheter demens samt 52 lägenheter somatik.

Kattrumpstullen har under 2016 fortsatt att arbeta och utveckla ett teambaserat arbetssätt. För att arbeta preventivt samverkar HSL personal med de olika professionerna tillsammans med omsorgspersonalen. Fokus i samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt att identifiera risker, planera åtgärder och följa upp inom områdena nutrition, fall, trycksår, inkontinens och munhälsa. Arbetet i Senior Alert, Palliativa registret och BPSD har fortsatt under 2016.

Under 2016 har Kattrumpstullen fortsatt att arbeta intensivt med att ytterligare säkerställa sjuksköterskans journalföring samt arbete med riskbedömningar.

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandeplaner för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD är fortfarande under utveckling.

Avvikelser från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i Norlandias ledningssystem TQM, Total Quality Management med handlingsplan, uppföljning och återkoppling. I TQM registreras även avvikelser såsom tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Under hösten 2016 har Super 8-grupper omfördelats och gått över i Norlandias kvalitetsgrupper. I dessa samlas fler frågor under samma grupp vilket gör det lättare att hålla ihop grupperna och att få med så många representanter som möjlig på mötena.

Genom avvikelshanteringen som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem.

När det gäller jämförelser mellan antalet avvikelser kommer vi att kunna göra den jämförelsen i slutet av 2017 eftersom statistiken då finns i TQM. Personal uppmanas att skriva avvikelser och allvarliga avvikelser tas upp med all personal på arbetsplatsträff eller planmöten. Kattrumpstullen har under året haft ett Lex Maria-ärenden gällande en madrass, det ärendet har gått till IVO. Vidare har det gjorts två Lex-Maria utredningar gällande benbrott där utredningarna inte har kunnat visa vad orsaken är.

Under 2016 har det inkommit ett flertal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer har arbetat mycket med återkoppling till anhöriga och till personal. Klagomålen har varit av varierande karaktär.

Övergripande mål och strategier

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

Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet. Utformningen av det stöd som ges ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet.

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad, se ovan. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Under 2016 har äldrepedagog och silviasjuksköterska hållit i reflektionsgrupper för personalen med utgångspunkt från den nationella värdegrunden.

TQM och kvalitetsgrupperna är företagets ledningssystem för kvalitet. Under året har Kattrumpstullen delvis använt Kosmos intranät och under senare delen av året Norlandias ledningssystem som finns i TQM. Företagets ledning fastställer kvalitetspolicy, övergripande mål,

beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

På Katrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen som kom den 1 januari 2011. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet i kvalitetsgrupperna.

Under 2016 har Katrumpstullen arbetat mycket med att i arbetet med boende följa de rutiner och riktlinjer som finns. Till viss del har vi även skrivit om och uppdaterat lokala rutiner och instruktioner.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

- Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Under året 14 vårdbiträden blivit examinerade till undersköterskor genom Consensus.
- Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt att de har kunskaper om den nationella värdegrunden. Varje avdelning arbetar regelbundet med reflektion och handledning i värdegrundsfrågor.
- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar.
- Kvaliteten ska systematisk utvecklas och säkras. Norlandias kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar.
- Samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten.
- HSL-personal samt övrig personal utbildas regelbundet.
- Aktiv registrering sker i Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD.
- Alla boende ska ha aktuella riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa.
- Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad och lämnas över till stadsdelen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget.

Regionchef ansvarar för att följa upp varje region månadsvis.

Regionchef har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner

samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Regionchef ansvarar i samråd med företagets kvalitetschef för att vid behov vidta kvalitetsåtgärder.

Företaget har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen och enhetscheferna ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen och enhetscheferna har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen och enhetschef för HSL-personal ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

På Kattrumpstullen hade verksamhetschefen Carin Johansson det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårds lag (HSL) 29 § fram till 30 mars 2016. Från 31 mars 2016 har Verksamhetschef Marie Tunander haft det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårds lag (HSL) 29 §. Eftersom Marie Tunander inte är legitimerad är ansvaret delegerat till Ida Andersson leg sjuksköterska och enhetschef för HSL-personal enligt Hälso- och sjukvårdslagen 30 §. Chefsansvaret för omsorgspersonal är jämnt fördelat mellan verksamhetschef och enhetschefer. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av cheferna och Äldrepedagog och Silviasjuksköterska.

Företaget har under året haft MAS Tabitha Nodeh utsedd för verksamheterna i Stockholm, dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Hon slutade under hösten 2016 och ersattes med Birgitta Wickbom som numera är Mas för Stockholmsregionen.

På Kattrumpstullen har vi i enlighet med det avtal Kattrumpstullen har med Stockholm stad/ Östermalms stadsdel bemannat verksamheten med sjuksköterskor dygnet runt, dag, kvällar, helger och nätter. 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 skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur företagets rutiner för rapportering av avvikelser sker samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information ska vidarebefordras överordnad chef/regionchef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta även till MAS.

Kvalitetsgrupperna är verksamhetens forum där man systematiskt arbetar med förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Eftersom vi gått från Super 8-grupperna till kvalitetsgrupper har arbetet fortgått om än i en lite annan form. Arbetet och utveckling av kvalitetsgrupperna fortsätter.

Vid avvikelser eller ärenden som berör hela verksamheten tas detta upp på arbetsplatsmöten som exempel och underlag för förbättringsförslag. Mindre allvarliga medicinska avvikelser följs upp och dokumenteras av ansvarig HSL personal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har regelbunda avdelningsmöten där mindre avvikelser följs upp. Avvikelser av mer allvarlig karaktär lämnas till verksamhetschef/enhetschef. Avvikelser kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitetssystem som finns i företaget. Personalen uppmanas att arbeta med och skriva avvikelser för att förbättra och säkra upp den vård och omsorg som ges.

Klagomål från boende och närstående behandlas av verksamhetschef/enhetschefer. En analys görs av klagomålet, om det är rutiner som brister, och vilka åtgärder som krävs för att det inte ska upprepas. Återkoppling ges till den person som lämnat synpunkt och klagomål. När behovet finns sker kontinuerlig uppföljning i möten med boende och/eller närstående. Rapport och översikt över klagomål görs var 4:e månad och lämnas till Östermalms stadsdel.

Uppföljning av basala hygienrutiner görs i samråd med Vårdhygien Stockholm SLL. Sjuksköterskan har till hjälp ett självskattningsmaterial för utvärdering hur de basala hygienrutinerna efterföljs. En gång om året genomgår alla medarbetare den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner.

Vid inflyttning och över tid erbjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska alla patienter preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår, inkontinens samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en hälsoplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas.

Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.

Varje enhet har en kvalitetsgrupp kopplad till hälso-och sjukvårdsfrågor, Kvalitetsgrupp Vård. I denna grupp hanteras utvalda avvikelser av vikt och uppföljning av de mål som satts i HSL-arbetet. I gruppen ingår såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor och representanter för rehab.

Beskrivning av hur risker för vård skador har hanterats i verksamheten

Fallrapporter skrivs av den som upptäcker fallet och läkemedelsavvikelser skrivs av den som upptäcker avvikelser i TQM. Samtliga HSL-avvikelser ska registreras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i Vodok. Riskbedömningar görs på alla boende när de kommer till Kattrumpstullen och uppdatering sker var tredje månad eller vid behov.

På respektive teamkonferens på varje avdelning varannan vecka tas följs avvikelser och fall upp.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts under det gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS inför tillsyn. Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av hur riktlinjer, rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Kattrumpstullen har vi under 2016 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Avvikelsehantering

Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen och enhetschefer upp och analyserar vissa allvarligare händelser, tar ställning till vilka ytterligare åtgärder som krävs. Särskilda rutiner finns i TQM för hantering av avvikelser, Lex Sarah och Lex

Maria. För Lex Maria ärenden och allvarliga avvikelser deltar MAS i utredning, analys och åtgärdshantering.

Riskbedömningar: Regelbunden egenkontroll görs för genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per enhet/plan.

Hygien: Verksamheten har sjuksköterskor med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Verksamheten har avtal med Vårdhygien. Hygienrund är inte genomförd under 2016. Egenkontroll utförs gällande efterlevnad av basala hygienrutiner.

Livsmedelshygien Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshantering och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis och sammanställs var tredje månad till företagets MAS

Senior Alert, riskbedömningar och åtgärder dokumenterad i registret.

Palliativa registret. Avlidna registreras.

BPSD registret Boende med demensdiagnos skattas och registreras.

Bemötandepplaner upprättas. Regelbunden uppföljning.

Kvalitetsgranskning av läkemedel. En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Ny granskning är gjord våren 2016 utan anmärkningar. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshantering upplevs mycket väl fungerande. Resultat av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten.

Dokumentation

Företagets MAS genomför granskning av HSL journaler varje år.

Enhetschef för HSL ska genomföra loggkontroll.

Klagomål och synpunkter

Alla kunder, anhöriga, närstående och personal informeras vid ankomstsamtal om att de kan lämna in synpunkter för att förbättra verksamheten. På varje avdelning samt i entrén finns blanketter och brevlådor där synpunkter kan lämnas in. Inkomna synpunkter följs upp och återkopplas till synpunktslämnaren av verksamhetschef/enhetschef.

.

Kvalitetsgrupper Norlandia.

Kvalitetsgrupperna i Norlandia består av fem grupper, Vård, Mat och Måltid, Kontaktmannaskap, Välbefinnande och Miljö. Förslag från medarbetare, avvikelser, synpunkter från närstående och boende sorteras till respektive område och gruppen analyserar alla förslag som kommer in, och föreslår förbättringar. Grupperna kan besluta själva om förbättringar i kontakt med verksamhetschef eller enhetschef. .

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

MAS har under året i samverkan med verksamheten reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet. Lokala instruktioner och rutiner har uppdaterats och revideras regelbundet. Rutinerna är baserade på ledningssystem där vi har gjort lokala justeringar. Ledningssystemet och de lokala rutinerna stämmer mot SOSFS 2011:9. Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser samt systematiskt följt upp dessa i ledningssystemet. Vi har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

Dokumentation HSL

Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan har ansvarat för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Ansvariga arbetsterapeuter och sjukgymnast har samverkat med sjuksköterska samt omsorgspersonal kring de boendes patientsäkerhet. Verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska har utifrån genomförd granskning godkänt dokumentationen av hälso- och sjukvård.

Register

Verksamheten har under år 2016 fortsatt att arbeta med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna är utbildade BPSD administratör. Under 2016 har vi arbetat registret och med BPSD åtgärder för boende med demensdiagnos. Silviasjuksköterskan ansvarar för utbildning av befintlig och ny personal.

Fall

Arbetsterapeut och Sjukgymnast har följt upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Varje vecka har vi haft teamträffar med alla professioner där veckans avvikelser behandlas och följs upp. Fall registreras samt dokumenteras.

Läkemedelshantering och delegeringar

Det har under 2016 funnits en tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering.

Nutrition

Kattrumpstullen har som rutin att kontrollera den boendes vikt en gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Under 2016 har Kattrumpstullen fortsatt att arbeta utifrån denna rutin.

Munhälsa

Alla sjuksköterskor har gått utbildning i munhälsobedömning. Alla boende har anmälts in till tandvårdsstödsenheten "Symfoni-registret". De boende har fått årlig munhälsobedömning samt munhälsobedömning vid inflytt.

Vårdhygien

Kattrumpstullen har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Vi har haft särskilt utsedd hygiensjuksköterska. Viss omsorgspersonal har även fått utbildning och har ett hygienansvar på respektive enhet/avdelning.

Förändrat vårdbehov

Vid förändrat vårdbehov som exempelvis vid livets slut och ökad vårdtyngd har gjorts en analys av resursbehov gällande personal. Extra vak har satts in vid livets slut och vid behov.

Utbildning

Vi har generellt höjt kompetensnivån inom alla yrkeskategorier. Under 2016 har 14 omsorgspersonal blivit färdiga med sin undersköterskeutbildning. En sjuksköterska har gått utbildning i palliativ vård tillsammans med två undersköterskor. Två undersköterskor påbörjade Norlandias internutbildning i demens 2016. Den fortsätter under 2017.

Personalen gör årligen den webbaserade utbildningen i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten har utbildat personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar samt belastningsergonomi. Övrig korta utbildningar vi har genomfört under 2016 munhälsa och inkontinensvård. Vi har även haft föreläsning i demensvård av professor Margareta Skoog. Äldrepedagogen handleder personal vid behov när det gäller SOL-dokumentation. Semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och

samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. På Katrumpstullen har vi läkarorganisationen Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna möten sker mellan ledningen på Katrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna möten där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras.

Samverkan med sjukhus

Sjuksköterskan har ansvarat för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan har också ansvarat för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om boende har haft 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 har skickats in till sjukhus skickas information med gällande den boende. Information som då skickas med är: slutanteckning, ordinationshandlingar samt en akutremiss (gäller akut) där aktuellt status, allergi, läkarfrågeställning och aktuella telefonnummer och adresser. Telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende har följt med och lämnat uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Vid utskrivning från sjukhus har sjuksköterskan kontrollerat att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Samverkan med uppdragsgivare

Regionchef, verksamhetschef, enhetschefer och MAS har under 2016 haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren, där man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då allvarigare händelser inträffat eller särskilda synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Katrumpstullen har samverkan under 2016 fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom två samverkansmöten under våren, avtalsuppföljning under våren 2016 och samt två samverkansmöten under hösten. De avvikelser som framkommit har det arbetats aktivt med.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Katrumpstullen har de legitimerade medarbetarna tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerligt haft uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Vidare har Katrumpstullen haft regelbundna boendegenomgångar tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. Samverkan runt patienten har fungerat bra, men det finns fortfarande förbättringsområden i teamarbetet.

Omsorgspersonalen har haft tät kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontaktar sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov har jourläkare kallats till boendet. Under 2016 har Katrumpstullen genomfört fyra boenderåd, två på våren och två på hösten. Tyvärr har det varit svårt att värva medlemmar till boenderådet. Som mest har det varit fyra boende som deltagit tillsammans med verksamhetschef, enhetschef och äldrepedagog.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde är Senior Alert, Palliativa Registret och BPSD-registret. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den boende leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Alla boende är registrerade i Senior Alert där analys görs. Alla avlidna är registrerade i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssymtom registreras i registret för BPSD. Ansvarig för registrering i Senior Alert är Sjuksköterska samt Fysioterapeut och Arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är Sjuksköterska. BPSD-registret registreras av dem som är utbildade administratörer, dessa kan vara Sjuksköterska eller Undersköterska/Vårdbiträde. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering.

Risikanalys vid verksamhetsförändringar. Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts en riskanalys inför sommaren med semestrar. Vidare har det gjorts en riskanalys av övertaligheten, uppsägningarna och övertagandet av personal från andra Kosmo-enheter i Stockholm.

Analys av klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2016 fyra gånger sammanställt en rapport till varje samverkansmöte med inkomna synpunkter/klagomål. Dessa lämnas vid samverkan över till stadsdelen och det görs en bedömning om det finns någon övergripande brist i verksamheten. Klagomål, synpunkter och avvikelser lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Alla medarbetare har kunskap om hur våra rutiner för rapportering av avvikelser ska ske samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef/klustersamordnare och uppdragsgivare ska göras. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

På Katrumpstullen har under 2016 hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterat risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet. Sjuksköterska informeras om avvikelserapporterna och lägger även in dem i VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. MAS går regelbundet igenom avvikelserna i VODOK och avslutar dessa.

Nyanställda har fått information om arbetet med avvikelser inklusive rutiner för Lex Sarah och Lex Maria.

Uppföljning

Sjuksköterska följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs. Sjukgymnast/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och sjukgymnast är processansvarig för samtliga fall. Ansvarig sjukgymnast återkopplar dessa fall till ansvarig sjuksköterska. Sjukgymnast/arbetsterapeut tillsammans med teamet ansvarar sedan för uppföljning och fallpreventiva åtgärder.

Vid allvarlig händelse kontaktas MAS. Se Ledningssystemet TQM samt dokument Lex Maria samt Lex Sarah ger vidare instruktioner gällande detta.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om Katrumpstullens hantering av

synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd har skett inom kort tid utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen, enhetschefer och legitimerade medarbetare har informerats snarast. Om klagomålet bedömts som allvarligt har det rapporteras direkt till överordnad chef, MAS och uppdragsgivaren.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten har lämnats till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan även lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i foajén eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef. Under 2016 har vi haft många synpunkter från ett fåtal anhöriga.

Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal. Synpunkter och klagomål kan alltid tas upp på samverkansmötena med stadsdelen. Allvarligare synpunkter/klagomål rapporteras utan dröjsmål till stadsdelen. Synpunkter och klagomål från närstående och boende har hanteras på olika nivåer beroende på om klagomålet/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten har fått återkoppling. MAS har informerats om synpunkter och klagomål som rör HSL.

Klagomål och synpunkter ses alltid som ett led i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete och hanteringen av klagomål/synpunkter ska alltid syfta på att rätta till eventuella systemfel.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utretts, analyserats och återkopplats av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras allvarligare och generella klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelse och synpunkter kan diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehab-möten och avdelningsmöten. Det har gjorts en anmälan enligt Lex Maria under året, ärendet gällde en madrass.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

På Kattrumpstullen fortsätter vi att samverka med boende och närstående. Anhöriga uppmuntras till att aktivt delta i vårdplaneringar.

Genom väl genomarbetade genomförandeplaner i samarbete med boende och närstående främjas samverkan. Vid behov har sjuksköterska och kontaktperson möte med boende och/eller anhöriga. Den boende avgör själv vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Ingen information ges utan att först ha den boendes godkännande.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och avdelning. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd. Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig dagligen. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan närstående och läkare.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Under året har vi fortsatt haft boenderåd. I boenderådet har upp till fyra boende deltagit. Det förs samtal om den boendes upplevelser av den vård och omsorg som bedrivs på enheten. Minnesanteckningar har förts, de förbättringsförslag som tas upp har vi arbetat vidare på. Vi har även ett förtroenderåd på verksamheten som ska bestå av chefsrepresentanter från enheten, en representant från stadsdelen, representanter från Pensionärsrådet i stadsdelen, politiker från stadsdelen och närstående. Det har under 2016 varit svårt att få medlemmar till rådet, det har under året inte kommit någon politiker, ej heller någon närstående på mötena. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats fyra gånger under året.

Vi har även fortsatt med våra anhöriggrupper under året. Dessa leds av vår Silviasjuksköterska samt av vår Äldrepedagog. Grupperna har haft möten varje månad med ett tema varje gång.

Verksamhetschefen har under 2016 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet har innehållit kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Utbildning i förflyttningsteknik ges årligen till all personal.

Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner genomförs årligen av medarbetare.

14 medarbetare blev under 2016 klara undersköterskor.

En sjuksköterska och två undersköterskor har gått utbildning i palliativ vård i stadens regi.

Två sjuksköterskor har gått utbildningen "Äldre och läkemedel".

Ledningsgruppen och all personal med arbetsledande funktion har genomgått en endagsutbildning i "Salutogent ledarskap".

Processmått

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och sedan löpande och vid behov för alla våra boende.

Riskbedömningarna uppdateras var tredje månad eller oftare samt vid behov.

Arbete fortgår med Palliativregistret, Senior Alert och BPSD. Senior Alert uppdateras var 6:e månad, åtgärder utvärderas var 3:e månad.

Genomförandeplaner skrivs vid inflyttning och uppdateras var tredje månad eller oftare vid behov.

Läkarorganisationen Legevisitten som har läkaransvaret genomför läkemedelsgenomgångar enligt regelverket.

Enhetschef gör egenkontroller gällande vårdhygien.

Måluppfyllelse

Övergripande mål:

- Äldre har en meningsfull tillvaro
- Äldre är delaktiga i utformningen av sin livssituation
- Äldre är självständiga utifrån sin förmåga
- Äldre är trygga

Dessa mål mäts med hjälp av brukarenkäten. Katrumpstullen arbetar ständigt för att de äldre ska känna att de är delaktiga i utformningen av sin egen vård och omsorg.

Mål satta i verksamheten för 2016:

1. Fortsätta registrering i Senior Alert, Palliativregistret och BPSD samt utveckla och analysera resultatet
2. Utveckla samarbetet i teamet runt den boende.
3. Utifrån resultatet i granskningar utveckla kvalitetsarbetet

4. Arbete med vårdhygien genom hygienutbildning för all personal samt införande av hygienronder samt självskattningar och observationer.

Resultatet:

1. Aktiv registrering har skett i Senior Alert och Palliativa registret. Det har utvecklats team-möten där HSL personal och omsorgspersonal samverkar för att öka patientsäkerheten. Alla boende har riskbedömningar upprättade inom 14 dagar. BPSD-arbetet fortsätts att utvecklas. All personal som arbetar med demenssjuka har fått utbildning i BPSD.
2. Samarbetet i teamen utvecklas ständigt. Under 2016 har teammötena fungerat bra. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska handleder omsorgspersonalen i omvårdnadsarbetet.
3. Kvalitetsarbetet har utvecklats under året. Efter avtalsgranskning är bedömningen från MAS på Östermalms sdf att Katrumpstullens vård- och omsorgsboende har förutsättningar för att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten.
4. All personal genomför regelbundet hygienutbildning. Vi ser att detta arbete alltid måste fortgå. Självskattningar i form av egenkontroller av förutsättningar för basala hygienrutiner samt följsamhet av detta har gjorts.

Frågeställning	Antal /år	2015	2016
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	100 ca	62	72
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten		Totalt antal avlidna patienter på Kattrumpstullen 2015: 44 Registrerade 19	Totalt antal avlidna patienter på Kattrumpstullen 2016: 46 Registrerade: 18
Antal registrerade patienter i Senior Alert	97 boende	84 inmatade riskbedömningar 47 inmatade åtgärder 45 inmatade uppföljningar	100 inmatade riskbedömningar 63 inmatade åtgärder 54 inmatade uppföljningar
Antal Lex Maria anmälningar under året		0	3
Antal ärenden till IVO		0	1
Antal ärenden från Patientnämnden		0	0

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård

Frågeställning	2015	2016
Läkemedel (registrerade i Vodok)		
Utebliven dos	28	12
Dubbel dos	2	1
Felaktigt iordningsställande	5	3
Utebliven signering	0	0
Fall (registrerade i Vodok)		
Fall i verksamheten	302	131
Frakturer pga. fall	10	5
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	24	Ca 20

Övergripande mål och strategier för kommande år

Dokumentation

Mål

HSL-personal ska utvecklas mer och få fördjupande kunskaper gällande den lagstadgade dokumentationen enligt ICF. En samordnande nätverksgrupp finns i stadsdelen och representeras av varje enhets dokumentationsgrupp för att utveckla dokumentationen och ICF strukturen i stadsdelen.

Strategi

Dokumentationsgrupp handleder kollegorna och nyanställd personal på Kattrumpstullen.

Riskbedömningar

Mål

Alla boende ska ha en riskbedömning i Vodok. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, inkontinens och munhälsa samt uppdaterade hälsoplaner i de fall risker upptäcks. Riskbedömningarna kopplas till Senior Alert

Strategi

Som en egenkontroll utförs regelbundna stickprov på riskbedömningar i VODOK. Detta för att säkerställa att de är uppdaterade och aktuella. Sjuksköterskorna har som arbetsuppgift att uppdatera riskbedömningarna var tredje månad.

Register

Mål

Alla avlidna registreras i Palliativa registret. Boende med demenssjukdom registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera i Senior Alert.

Strategi

Koordinator för de olika registren är Kattrumpstullens Silviasjuksköterska. Hon ansvarar för att behörig personal får behörighet och inloggningsuppgifter.

BPSD

Målet inom demensvården på Kattrumpstullen är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandeplaner för alla boende med demenssjukdom.

Strategi

Handledning av Silviasjuksköterska görs på demensavdelningar och vid behov även på de somatiska avdelningar. Under 2016 hade Kattrumpstullen extern handledning.

Trycksår och sår

Mål

Att registrera antalet uppkomna sår på enheten samt att aktivt arbeta förebyggande.

Strategi

Användning av Biolight som ett komplement vid behandling och profylax vid sår. Insättande av avlastande luftmadrass vid inskrivning om det finns risk för trycksår. Genom att identifiera olika riskområden för varje individ minimeras risken för trycksår.

Avvikelse, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag

Mål

Uppmuntra till att rapportera avvikelser och synpunkter.

Strategi

Införandet av TQM under 2016 har varit framgångsrikt och det visar sig genom att personalen skriver sina avvikelser i systemet. Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper uppmuntras personalen att skriva avvikelser och att det är en viktig del i kvalitetsarbetet. Närstående/boende får information vid inflytt om var man lämnar klagomål samt vikten av att Kattrumpstullen får in synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevlådor där man anonymt kan lämna synpunkter.

Kvalitetsgrupper

Mål

Kvaliteten ska systematiskt utvecklas och säkras under kommande år. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi

Mötesagenda finns för hela året. Varje personal ska själv planera in sitt möte. Synpunkter och förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig kvalitetsgrupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på vissa möten.

Utbildning

Mål

Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den

kompetens som krävs samt kunskaper om den nationella värdegrunden. HSL- personal ska få ökad kunskap dokumentation, läkemedel och äldre.

Strategi

Varje avdelning ska ha handledning utifrån värdegrunden varje månad. Demensutbildning och handledning sköts av Silviasjuksköterska.. Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner. Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia.

Ledningssystem

Mål

Kattrumpstullen ska fortsätta med kvalitetsarbetet utifrån det nya ledningssystem TQM. Utbildning och handledning i TQM ska ske fortlöpande under året. Alla nya lokala rutiner, instruktioner och manualer ska fortsättas att läggas in i ledningssystemet för åtkomst.

Strategi

Utbildning i TQM ska fortgå under året, bl a ska Mas Anna Markuksela från södra regionen utbilda i första hand teamledare.

Samverkan

Mål

Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten samt med Vårdhygien SLL. Fortsatt arbete med att arbeta för god intern samverkan mellan de olika yrkeskategorier inom Kattrumpstullen.

Strategi

Avtalet och samarbetet med Vårdhygien fortsätter. Fortsatt samarbete med läkarorganisationen Legevisitten görs genom i förväg planerade kontinuerliga samverkansmöten. Kattrumpstullen fortsätter att arbeta med att säkra teamarbetet runt den boende genom samverkan mellan yrkeskategorierna, exempelvis teammöten, HSL-möten samt samverkan mellan teamledare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

Egenkontroller

Mål

Kvalitetssäkra egenkontroller.

Strategi

Att arbeta enligt upprättat årshjul för egenkontroller. Dessa är: infektionsregistrering, läkemedelsgenomgångar, kvalitetsregister, hygienrond, läkemedelsgranskning, basal hygien, avvikelser,

delegeringar, MTP och journalgranskning.