



# Patientsäkerhetsberättelse för Kattrumpstullen

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-22

Ida Andersson och Håkan Borg

---

---



---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>4</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>6</b>
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Patienters och närståendes delaktighet.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	11
Klagomål och synpunkter .....	12
Egenkontroll .....	13
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>13</b>
Riskanalys .....	15
Utredning av händelser - vårdskador .....	16
Informationssäkerhet.....	16
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>16</b>
Egenkontroll .....	16
Avvikelser .....	19
Klagomål och synpunkter .....	19
Händelser och vårdskador .....	20
Riskanalys .....	20
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>20</b>

---

## Sammanfattning

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har 97 lägenheter med hel-dygnsomsorg fördelat på fem våningar, nio avdelningar. Våningsplanen är uppdelade i två enheter med åtta respektive tretton lägenheter på varje sida. De som bor på boendet har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen och den övervägande delen är insatser enligt SoL. Kattrumpstullen bedriver både somatisk och demenssjukvård.

Kattrumpstullen har under 2018 fortsatt arbetet med och att utveckla ett teambaserat arbetssätt. Vi har i år valt att samla sjuksköterskor och teamsamordnare på en gemensam planeringsdag för att ytterligare stärka sjuksköterskors och teamsamordnares roll som arbetsledare. Vi har även under året (1 gång/mån) fortsatt med de mötesforum för sjuksköterskor och teamsamordnare där arbetsledarna tillsammans kan dela med sig av framgångsfaktorer, vilket innebär att arbetet blir så enhetligt som möjligt på de olika avdelningarna, vilket också leder till en kvalitets och patientsäker omvårdnad för den äldre. Teamledare har även möte med ledningsgruppen regelbundet varannan vecka.

För att arbeta preventivt samverkar HsL personal 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 2018. Vi fortsätter arbetet med fokus på att teamet ska arbeta med personcentrerad omvårdnad utifrån ett salutogent arbetssätt där vi utifrån redan framtagna rutiner även valt att skapa en lathund för dokumentation utifrån IBIC- (individens behov i centrum). Omvårdnadspersonalen kan lättare dokumentera tydligt utifrån boendes behov och önskemål i en genomförandeplan/journalanteckningar.

Bemötandeplan och genomförandeplan har ett större fokus än tidigare. Vi har också reviderat och utvärderat vår dygnsplanering vilket resulterat i små justeringar för att tydliggöra olika ansvarsområden och eventuella ordinationer med fokus på måltider/mellanmål och att nattfastan kan följas upp på ett

---

---

tydligare sätt. Resultat av den utvärderingen visar att personalen tycker att den skapar en översyn över hur arbetet ska planeras på ett mer effektivt sätt och att resurser används på rätt sätt. Vi kan även se att våra äldre får ta del av mellanmål och nattmål fördelat över dygnets alla timmar.

Under 2018 har vi fortsatt att arbeta intensivt med att ytterligare säkerställa sjuksköterskans journalföring i Vodok med stöd och hjälp av vår dokumentationsgrupp. Vi fortsätter med möten ca en gång/mån för att arbeta fram en kvalitetssäker journalföring i Vodok. Vi fortsätter även med kollegial journalgranskning (HSL) där varje plan har fått en planering att följa vilket leder till att samtliga boende/sjuksköterskor blir granskade en gång/år. Återkoppling från granskningen lyfter vi på HsL- mötet, och belyser goda exempel. Ett sätt att säkerställa att dokumentationen är av god kvalitet. Analys och resultat återkopplas årligen till Norlandias MAS men även i uppföljningsprocessen i samarbete med Östermalms Sdf. Loggkontroller har utförts enl rutin under 2018 och resultat har återkopplats till MAS.

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötande-planer för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD är fort-farande under utveckling. Vi har under 2018 utbildat 3 BPSD administratörer för att säkerställa att det alltid finns tillgänglig kompetens på huset. I det mötesforum för BPSD administratörer arbetar vi tillsammans för att säkerställa att de åtgärder vi använder i de boendes bemötandeplaner ger det önskvärda resultat som boende behöver för att kunna leva ett gott liv. Vi arbetar även med att delge alla goda exempel samt handleda/guida varandra i olika svårigheter som kan uppstå. Dessa möten är inplanerade en gång/mån och leds av silviasjuksköterskan på huset. Antal skattningar/registreringar följs regelbundet upp i månadsuppföljningsmallen enligt rutin. Utvärdering av resultat visar att vi ökat antal registreringar under 2018.

Vi följer Norlandias koncept på 5 kvalitetsgrupper (miljö, välbefinnande, kontaktmannaskap, vård, mat och måltid). Arbetet pågår med planerade möten som sker en gång/mån, där chef deltar. Vi har uppdaterat gruppernas medlemmar utifrån intresse och delaktighet för att på det sättet få ett större genomslag för att informationen från grupperna ska delges övriga medarbetare. För att höja kvaliteten ytterligare kring mat och måltid har vi under 2018 utbildat personalen i Norlandias måltidskoncept (FAMM- fem aspekter utav måltids miljön)

Avvikelse 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. 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 inkomna under 2017 och antalet inkomna under 2018 så kan vi göra en analys av att vi behöver fortsätta arbeta aktivt med kravet på att våra medarbetare ska dokumentera avvikelser i TQM. Dock kan vi se en ökning på antalet registrerade avvikelser under 2018.

---

---

Personal uppmanas/uppmantras att skriva avvikelser, och allvarliga avvikelser tas upp med all personal på arbetsplatsträff eller planmöten. Under 2018 har vi inga Lex Maria ärenden. En Lex Sarah utredning gällande en person som avvek från boendet men avvikelserna gick ej vidare till IVO, utan avslutades av MAS.

Under 2018 har det inkommit ett antal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer arbetar regelbundet med återkoppling till anhöriga och till personalen. Klagomålen har varit av varierande karaktär. Klagomålen/synpunkterna tas upp på aktuell avdelning där klagomålet uppkommit men även på APT för att undvika klagomål av samma karaktär på andra avdelningar.

## **Övergripande mål och strategier**

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

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Under 2018 har äldrepedagog och silviasjuksköterska hållit i reflektionsgrupper för personalen med utgångspunkt utifrån den nationella värdegrunden.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i TQM. Kvalitetsgrupperna är företagets ledningssystem för kvalitet. Under 2018 har Katrumpstullen arbetat i Norlandias kvalitetsledningssystem. 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 kvalitén.

På Katrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen, det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet i kvalitetsgrupperna.

Under 2018 har Katrumpstullen arbetat mycket med att i arbetet med boende följa de rutiner och riktlinjer som finns. Vi arbetar fortlöpande med att skriva om och uppdatera lokala rutiner och instruktioner för att de ska kunna guida medarbetare med aktuell information och kvalitetssäkra omvårdnadsarbetet.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

- Insatser ska vara av god kvalitet. Målet är att nyanställda samt befintlig personal har lämplig utbildning och erfarenhet.

Resultat: Vi har under året arbetat aktivt med att uppmantra personal till att hålla sig "ajour" med fortbildning av olika slag. All kompetenshöjning samlas i Hogia personalsystem.

---

- 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. Vi arbetar aktivt med fortbildning av olika slag för att på så sätt höja kompetensen ytterligare.

- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten, teamkonferenser, teamledarmöten och arbetsplatsträffar.

Resultat: Vi ser att antal medarbetare behöver ta ett större ansvar att söka information i TQM för att kunna säkerställa att det arbetar utifrån aktuella riktlinjer och rutiner.

- Kvalitén ska systematiskt utvecklas och säkras. Norlandias kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar.

Resultat: 2/5 kvalitetsgrupper arbetar aktivt med utveckling och förbättringsförslag. Fortsatt handledning från sammankallande från resterande kvalitetsgrupper att ta sig an utvecklingsområden.

- Samverkan mellan HsL och läkarorganisationen Capio Legevisitten som under 2018 övergått i Capios regi där samarbetet fortsätter som tidigare. Vi träffas på samverkansmöten för att kunna diskutera kring utveckling av patientsäkerheten.

Resultat: Två samverkansmöten under 2018 där vi diskuterat kring förbättringsområden. Tillgängligheten mellan läkare/sjuksköterskor och boende/anhöriga.

- HSL-personal samt övrig personal utbildas/fortbildas regelbundet.

- Aktiv registrering sker i kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Vi har även anmält Katrumpstullen till Svedem och kommer under 2019 att påbörja arbeta i detta register.

Resultat: Gott resultat på antal registrerade i kvalitetsregister som Senior Alert, dock behöver vi fokusera på antal uppföljningar under 2019. Gott resultat gällande registreringar i BPSD.

- Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa och Nikola.

Resultat: Gott resultat på antal boende med aktuell riskbedömning i Vodok.

- Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad och lämnas över till stadsdelen, på samverkansmöten.

Kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering har skett under 2018, åtgärdsplan är avslutad och godkänd granskning.

---

## Organisation och ansvar

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

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 kvalitén 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 har verksamhetschef Håkan Borg ledningsansvaret som verksamhetschef från juli-17. Enhetschef Ida Andersson har det samlade ledningsansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen. Håkan Borg har tillsammans med Gunilla Flodin enhetschef SoL chefsansvaret för omsorgspersonalen och ansvarsområde SoL. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av de tre cheferna och äldrepedagog och silviasjuksköterska.

Företagets MAS Birgitta Wickbom utsedd för verksamheterna i Stockholm och ansvarig för regionen, dennes ansvar regleras i HSLF 2017:80 4 kap 6 §.

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 sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Kattrumpstullen har ett nära samarbete med SLL vårdhygien när det gäller frågor som ev behöver förtydligas och arbetas vidare med.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § 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 Kattrumpstullen har vi läkarorganisationen Caphio Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna samverkansmöten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna HsL-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 enl S-BAR. 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 2018 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 allvarligare händelser inträffat eller särskilda synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Kattrumpstullen har samverkan under 2018 fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom två samverkansmöten under vår 2018 och två under höst 2018 samt avtalsuppföljning under hösten 2018. De avvikelser som framkommit har vi arbetat 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. Vidare har personalen haft regelbundna temakonferenser tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson och siliviasjuksköterska (demensavd). Samverkan runt patienten har fungerat bra, men vi har under året fortsatt att utveckla dessa temakonferenser genom att arbeta med ”veckans boende”. Vi har reviderat rutiner ytterligare för att säkerställa att den boende får en patient och kvalitetssäker omvårdnad. Vi har även valt att behandla boendes genomförandeplan på dessa teamkonferenser för att säkerställa att planen är aktuell och uppdaterad utifrån status och behov/önskemål hos boende. Omvårdnadspersonalen har haft tät kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontakter sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov har jourläkare kallats till boendet.

Under 2018 har Kattrumpstullen genomfört tre boenderåd, två på våren och ett på hösten. Intresset från våra boende har varit stort. Deltagande från ledning i boenderådet har varit verksamhetschef, äldrepedagog och aktivitetsansvarig.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På Kattrumpstullen fortsätter vi att samverka med boende och närstående. Vi har under 2018 reviderat och lagt till information i ”välkomstmappen” där vi samlar all information som kan vara bra att ha vetskap om när man ska flytta in på Kattrumpstullen. Vi ser att alldeles för få uppföljningssamtal inom 2-4 veckor har erbjudits boende och närstående och att vi behöver fortsätta att arbeta mer med att erbjuda dessa uppföljningssamtal. Vi tror att detta gynnar samverkan mellan oss och våra boende och dess anhöriga då vi upplever att boende och anhöriga har mycket frågor initialt, och behöver ta del av information som kan spridas över tid då frågor ofta uppkommer i efterhand. Detta är ett sätt för oss att fånga upp boendes och anhörigas tankar och frågeställningar i ett tidigt skede. Anhöriga uppmuntras till att aktivt delta i vårdplaneringar kring den äldre. För att öka de anhörigas delaktighet och inflytande över genomförandeplanen förvaras den inne i den boendes lägenhet (om boende samtycker). Vid behov erbjuder sjuksköterska och kontaktperson möte med boende och/eller närstående. 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 ”välkomstmappen”. Där finns namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och avdelning. I välkomstmappen 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 anhörig och läkare.

De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Under året har vi fortsatt ha boenderåd. I boenderådet har deltagandet varit stort. Det förs samtal om den boendes upplevelser av den vård och omsorg som bedrivs på boendet. Minnesanteckningar har förts, de förbättringsförslag som tas upp har vi arbetat vidare med. 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 2018 varit svårt att få medlemmar från anhörigrepresentanter till rådet, dock har vi haft flerfaldigt deltagande av politiker under 2018. Rekrytering av anhöriga pågår regelbundet. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats tre gånger under året.

Vi har också fortsatt med våra anhöriggrupper under året. Dessa leds av vår Silviasjuksköterska samt av vår Äldrepedagog. Grupperna har haft 2 möten/termin med olika tema tex nationella värdegrunden och den palliativa vårdfilosofin. För att öka kompetensen kring anhörigfrågor har 5 anhörigombud utbildats under 2018. Ombudens uppgift är att utveckla stödet till anhöriga.

Verksamhetschefen har under 2018 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

## **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 och uppdragsgivare ska göras. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

På Kattrumpstullen har under 2018 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. Processansvariga (medarbetare ur ledningsgrupp samt sjukgymnast) analyserar regelbundet inkomna avvikelser samt beslutar om åtgärdsansvarig samt avslutar händelser vartefter. Vid allvarliga risker eller vårdskador är MAS delaktig och går

---

regelbundet igenom dessa avvikelser i TQM tillsammans med chefer och avslutar dessa.

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

Uppföljning: Sjuksköterska/Fysioterapeut följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs.

Sjukgymnast/Fysioterapeut/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och fysioterapeuten är processansvarig för samtliga fall. Ansvarig fysioterapeut återkopplar dessa fall till ansvarig sjuksköterska. Fysioterapeut/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.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Alla medarbetare har kunskap om Kattrumpstullens 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 rapporterats 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 2018 har vi tagit emot synpunkter/klagomål från ett fåtal anhängiga.

Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal. Synpunkter och klagomål tas alltid upp på samverkansmötena med stadsdelen. Allvarligare synpunkter/klagomål rapporteras utan dröjsmål till stadsdelen. Synpunkter och klagomål från närstående och boende har hanterats på olika nivåer beroende på om klagomålet/synpunkten rört 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.

---

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	1 ggr/år	Hogia
Självskattning/följsamhet i Basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år	Årshjul Norlandia, månadsuppföljningsmallen
Luftmadrasser	3 gånger per år/el vid behov	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 ggr/mån och 2 gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Senior alert, PPM
HsL journalgranskning	1 ggr/mån	Protokoll/ Månadsuppföljningsmallen
Delegeringar	3 ggr/år	Protokoll
Narkotikajournaler	1 ggr/mån	Protokoll
Nattfasta	4 ggr/år	Månadsuppföljningsdmsllrn
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Palliativa registret/Senior Alert	1 ggr/mån	Månadsuppföljningamallen
Antal Lex Maria/Lex Sarah samt ärenden till IVO, Patientnämnden	1 ggr/mån	Avvikelsehanteringssystemet

## Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 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

---

---

enl rutin. 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, även deltagit i registrering i Svenska HALT.

Dokumentation HSL: Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Denne har ansvaret 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 2018 fortsatt att arbeta med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna är utbildade BPSD administratör. Under 2018 har vi arbetat i registret och med BPSD åtgärder för boende med demensdiagnos. Silviasjuksköterskan ansvarar för handledning och utbildning av befintlig och ny personal.

Fall: Arbetsterapeut och Sjukgymnast har följt upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Varje vecka har vi haft teamkonferenser "veckans boende" där alla professioner deltar och där bla veckans fall avvikelser behandlas och följs upp. Fall registreras samt dokumenteras i Vodok, TQM, Parasol och i Senior Alert.

Läkemedelshantering och delegeringar: Det har under 2018 funnits en tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering. Uppföljning sker regelbundet genom egenkontroll. Samtlig personal som har delegeringsansvar har genomgått webutbildning i "att jobba säkert med läkemedel".

Nutrition: Katrumpstullen har som rutin att kontrollera den boendes vikt 1 gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Under 2018 har Katrumpstullen fortsatt att arbeta utifrån denna rutin. Vi har under året arbetat vidare utifrån Norlandias rutin för egenkontroll av nattfastemätning och utfört dessa kontroller/analyser av resultat fyra gånger under 2018. Resultatet visar att arbetet med att implementera dygnsplaneringen som ett uppföljningsverktyg under arbetspassets gång visar att våra äldre får ta del av mellanmål och nattmål, vi kommer dock att fortsätta arbeta med detta område då nutritionen fördelat över dygnet är en viktig del.

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

---

Basala hygienrutiner: 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. Under 2018 har vi via vårdhygien utbildat våra medarbetare i basala hygienrutiner och fokuserat på dess olika smittvägar och hur vi kan förhindra att smittan förs vidare. Vi fortsätter årligen våra egenkontroller utifrån självskattning och observationer i basala hygienrutiner.

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: Ytterligare en sjuksköterska har gått utbildning i palliativ vård under 2018. Ytterligare 6 undersköterskor påbörjade och har avslutat sin internutbildning i demens under 2018.

Personalen gör årligen den webbaserade utbildningen i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuterna har utbildat personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar samt belastningsergonomi. HLR utbildning är utförd enligt rutin vartannat år. Utbildning i mellanmål och nattfastans betydelse. 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.

## **Risakanalys**

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

Kvalitetsbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde sker i 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 som ger sitt godkännande är registrerade i Senior Alert, där analys görs regelbundet. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssjukdom registreras i registret för BPSD utifrån givet samtycke. Ansvarig för registrering i Senior Alert är sjuksköterska samt fysioterapeut och arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är sjuksköterskan. I BPSD-registret utförs registreringarna av dem som är utbildade till BPSD-administratörer, dessa kan vara en sjuksköterska eller en undersköterska. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering.

Riskbedömning i Vodok: Vid inskrivning i Vodok sker riskbedömning enligt norton, downton, inkontinensutredning samt ROAG och MNA löpande inom två veckor.

Sunnås: 1 gång/år eller och vid behov

Risakanalys 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 riskanalys

---

---

inför sommaren samt Jul/Nyår med semestrar. Vi har även utfört den enl rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2018 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.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Under 2018 har vi inte behövt utreda vårdskada.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vi arbetar aktivt med att göra olika sorters riskanalyser både i boendes hem, för att minimera att boende samt personal utsätts för olika faror eller risker.

Vi har under året sett över våra dokument utifrån syfte och tillgänglighet, avidentifierat rapportblad samt tagit bort dokument som inte är av nytta.

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Samtliga sjuksköterskor har verktyget SBAR och arbetar aktivt med det exempelvis på rondan.

Vi genomför loggkontroller samt granskar boendes journal för att se att det dokumenteras enl riktlinjer och påtalar eventuella brister, men även följer upp och granskar journaler för att se att det dokumenteras och håller en god kvalitet. Vi har under året arbetat tillsammans med ett dokumentationsstöd för att ytterligare säkerställa en god kvalitet i boendes journaler. Även den kollegiala journalgranskningen utgör ett underlag för att kunna utveckla dokumentationen ytterligare, lära av varandra.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Egenkontroll

Att samtlig personal följer rutiner för basala hygienrutiner	Att det finns produkt och material tillgängligt	Samtliga har utb i basal hygienrutiner 1 ggr/år	God följsamhet i basala hygienrutiner	Vi fortsätter påminna om att följa hygienrutiner då detta är ett ständigt pågående arbete
--	---	---	---------------------------------------	---



Att säkerställa att luftmadrassen fyller sin funktion	Egenkontroll utifrån en checklista	Egenkontroll utifrån checklista	God följsamhet i kontroll av luftmadrasser	Efter avvikelse, ingen mer avvikelse när det gäller luftmadrasser
Säkerställa att avvikelser registreras i TQM	Avvikelsehantering sker i TQM, avvikelser tas upp på teamkonferensen	Den som upptäcker avvikelser dokumenterar i TQM. Utbildning i TQM	Registreringar har ökat under 2018	På god väg, dock behöver vi fortsätta uppmuntra personal till registrering i TQM Analys
Antal trycksår på verksamheten	Kontroll utifrån nyckeltal månadsvis	Senior Alert, PPM riskbedömningar	Gott resultat där trycksår är ej vanligt förekommande	Riskbedömning samt god hantering av luftmadrassen
En godkänd Hsl Journalgranskning	Månadsvis kollegial journalgranskning, journalgranskning av enhetschef	Kollegial granskning utifrån ett schema, återkoppling på HsL möten, handledning/utbildning av dokumentationsgruppen	Godkänd dokumentation utifrån uppföljning.	Fortsatt uppmuntran till kollegial granskning. Lära av varandras dokumentation
Att medarbetares delegeringar är aktuella	Kontroll av delegeringar enl schema, att göra web utb ”att jobba säkert med läkemedel”	Kontroll enl schema	God följsamhet på delegeringar	Arbete med delegeringsmodul i Vodok kommer under 2019
Att samtliga boende ska ha en aktuell riskbedömning	Registrering i Senior Alert Samt i bedömningsinstrument i Vodok	En granskar i Vodok och Senior Alert	God följsamhet i vodok. Mindre bra följsamhet i Senior Alert. Vi har dock ökat antal registreringar i Senior Alert	Resultatet visar att vi kan bli bättre på att följa upp åtgärder i Senior Alert. God följsamhet på riskbedömningar i Vodok
Att identifiera ev svinn i narkotikajournaler	Månatlig kontroll av journaler	Enl schema	God följsamhet gällande narkotikakontroller	Inga avvikelser gällande narkotikakontroll inget svinn
Säkerställa att våra boende erbjuds mellanmål under dygnet samt bryta nattfasta	Enl årshjul	Uppföljning dagligen på dygnplanering	Bättre resultat under 2018.	Vi behöver fortsätta tydliggöra vikten av mellanmål under dygnet
Att förebygga vårdrelaterade infektioner på verksamheten	Mätning av vri på verksamheten månadsvis, arbeta preventivt med basal hygien, minska antalet kvarliggande KAD, följa upp hälsoplanen i Vodok.	Följa rutiner för att säkerställa att vri inte uppkommer	God följsamhet i det preventiva arbetet, uppföljning i månadsuppföljningsmallen månadsvis	Samarbete med läkare för att arbeta preventivt för att förebygga vri på enheten

---

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 Katrumpstullen har vi under 2018 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Avvikelsehantering: Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras i TQM. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen och enhetschefer upp och analyserar vissa allvarigare 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. Hygienrond är genomförd under 2018. Egenkontroll utförs gällande självskattning, förutsättningar och följsamhet av basala hygienrutiner. Web utbildning i basala hygienrutiner utförs 1ggr/år för samtlig personal.

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

Infektionsregistreringar: Har gjorts månadsvis och sammanställs i slutet på varje månad i månadsuppföljningsmallen som företagets MAS följer upp regelbundet.

Senior Alert: Riskbedömningar och åtgärder samt uppföljningar dokumenteras i registret.

Palliativa registret: Samtliga avlidna ska registreras.

BPSD registret: Boende med demensdiagnos skattas och registreras minst 1 gång/år eller vid behov. Bemötandeplaner upprättas. Regelbunden uppföljningen sker.

Kvalitetsgranskning av läkemedel: En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Granskning utförd i februari 2018. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshanteringen upplevs mycket väl fungerande. Resultat/återkoppling av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten.

---

Dokumentation: Företagets MAS/enhetschef HsL genomför granskning av HSL journaler varje år. Egenkontroll av verksamhetens HSL journaler granskas också parallellt genom kollegial granskning samt av enhetschef. Enhetschef för HSL ska genomföra loggkontroll. Loggkontroller är utförda enligt rutin under 2018, resultatet är återkopplat till MAS.

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 brevåador där synpunkter kan lämnas in. Inkomna synpunkter följs upp och återkopplas till synpunktslämnaren av verksamhetschef/enhetschef.

Kvalitetsgrupper: 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.

## Avvikelser

### Antal avvikelser gällande hälso-och sjukvård

Frågeställning	2017	2018	
<b>Läkemedel totalt reg i TQM</b>			
Hantera läkemedel säkert	27	43	
Utebliven dos	7	29	
Feldosering	0	0	
Felaktigt i ordningställande	0	0	
<b>Fall registrerat i TQM</b>			
Fall i verksamheten	103	140	
Fraktur pga fall	7	9	
<b>Synpunkter och klagomål</b>	23	18	

## Klagomål och synpunkter

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utretts, analyserats och återkopplats av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras allvarigare och generella klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter kan diskuteras även i den lokala ledningsgruppen

---

som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehabmöten och avdelningsmöten. Vi följer de mål och riktlinjer som har satts upp.

## **Händelser och vårdskador**

Vi arbetar löpande med utredning av händelser, avvikelser eller vårdskador i vårt kvalitetsledningssystem TQM. Analyser av avvikelser/händelser sker regelbundet på våra teamkonferenser tillsammans med teamet. Om risk för vårdskada eller att vårdskada uppkommer så ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att starta en utredning i TQM samt delge MAS och ansvarig chef om uppkommen händelse. Det vi kan se som förbättringsområde är att det är viktigt att återkoppla information om uppkommen avvikelse/händelse samt den planerade åtgärden till samtliga medarbetare.

## **Riskanalys**

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 som ger sitt godkännande är registrerade i Senior Alert, där analys görs regelbundet. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssymtom registreras i registret för BPSD utifrån givet samtycke. Ansvarig för registrering i Senior Alert är Sjuk-sköterska samt Fysioterapeut och Arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är sjuksköterska. I BPSD-registret utförs registreringarna av dem som är utbildade till BPSD-administratörer, dessa kan vara en sjuksköterska eller en undersköterska. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering.

Riskanalys 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 riskanalys inför sommarsamt Jul/Nyår med semestrar. Vi har även utfört den enl rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2018 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.

## **Mål och strategier för kommande år**

Dokumentation: Fortsatt arbete med att upprätthålla en god och kvalitetssäker dokumentation i Vodok och Parasol. Fortsätta arbetet med den kollegiala

---

journalgranskningen i Vodok för att kunna lära av och ta del av goda exempel från dokumentationen. Fortsätta den kollegiala journalgranskningen utifrån mallar framtagna av MAS samt följa upp tankar och förbättringsområden utifrån granskning på våra HsL-möten 1 ggr/mån. Implementera och börja arbeta aktivt med delegeringsmodulen i Vodok. Vi kommer även fortsätta att arbeta aktivt med att höja kvaliteten i genomförandeplaner och i dokumentationen i Parasol. MAS kommer ha utbildningstillfällen under 2019 i IBIC- Individens behov i centrum. Äldrepedagog kommer att utbilda/stödja personalen i hur man skriver en genomförandeplan och vad som ska stå i planen, och vad som ska stå i journalen utifrån utformad lathund.

Riskbedömningar: 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 ska kopplas till Senior Alert. Vi kommer arbeta mer aktivt med att följa upp de åtgärder som kopplats samman med riskbedömningen. Arbeta för att riskbedömningarna och dess åtgärder i Senior Alert följs åt och blir tydlig i aktuell hälsoplan i Vodok.

Strategi: Som en egenkontroll utförs regelbundna stickprov på riskbedömningar i Senior Alert/vodok. Detta för att säkerställa att de är uppdaterade och aktuella. Återkoppling kommer att ske till respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskorna har som arbetsuppgift att uppdatera riskbedömningarna var tredje månad el vid behov.

Fallprevention: Målet med fallpreventionsarbetet är att vi ska under 2019 minska antalet fallavvikelser i TQM.

Strategi: Fortbildning för personalen i fallpreventionsarbete. Fysioterapeuten kommer erbjuda viss utvald grupp med risk för fall specifik gruppträning för att förbättra balans och muskelstyrka. Påbörja en ”Parkinson-gruppträning”. Uppmuntra personalen till att anordna aktiviteter på avdelningen där fokus är aktivitet och rörelse.

Register: Att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Boende med demenssjukdom ska (om samtycke) registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera och följa upp åtgärder i Senior Alert.

Strategi: Koordinator för de olika registren är Katrumpstullens silviasjuksköterska. Hon ansvarar för att behörig personal får behörighet och inloggningsuppgifter. Silviasjuksköterskan och enhetschef gör regelbundna kontroller på att registreringar sker i de olika registren.

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

Strategi:Handledning av Silviasjuksköterska görs på demensavdelningar och vid behov även på somatiska avdelningar.

---

Trycksår och sår: Att registrera antalet uppkomna sår på enheten i TQM samt att aktivt arbeta förebyggande och följa upp ev uppkomna sår på teamkonferensen på ”veckans boende”.

Strategi: Vid inflytt görs en kontroll av hudkostym på boende. Riskbedömningar utförs samt ställningstagande till eventuellt insättande av avlastande luftmadrass vid inskrivning om det finns risk för trycksår. Genom att identifiera olika riskområden för varje individ minimeras risken för trycksår.

Basala hygienrutiner: All personal ska följa basala hygienrutiner i vård och omsorg.

Strategi: All personal ska göra webutbildning i basala hygienrutiner 1 ggr/år. Självskattningar och observationer sker enl årshjul. Utbildning i basala hygienrutiner och dess smittvägar kommer att ske via vårdhygien.

Palliativ vård: Utveckla arbetet med att skapa förståelse för den palliativa vårdfilosofin. Implementera NVP (nationell vårdplan för palliativ vård). Öka registreringar i Palliativa registret.

Strategi: Våra palliativa ombud har som uppgift att handleda/guida och stödja medarbetare, boende och närstående i vård i livets slut. Vi kommer att skapa forum för regelbundna möten med palliativa ombud för att de tillsammans ska utforma en handlingsplan utifrån NVP som ska vara ett stöd i vård i livets slut.

Avvikelser, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag: Uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser och synpunkter.

Strategi: Införandet av TQM har tagit tid, men vi upplever under året att det skrivs fler avvikelser och att vid olika diskussionsforum tas frågan upp om avvikelser är inskrivna i TQM eller inte, vilket visar på en större medvetenhet hos personalen för vikten av hantering av händelsemodulen. Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper uppmuntras personalen att skriva avvikelser/tillbud/förbättringsförslag och att vi ser det som en viktig del i kvalitetsarbetet samt att vi använder oss av informationen för att kunna skapa nya rutiner och utveckla arbetet. Vi kommer under året att ytterligare kvalitetssäkra arbetet i händelsemodulen genom att arbeta med ”mätparametrar”. Vissa avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar som exempel på händelser som har inträffat och vi för diskussioner om det som skett. Anhörig/boende får information vid inflyttning om var man lämnar klagomål samt vikten av att Katrumpstullen får in synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevlådor där man anonymt kan lämna synpunkter.

Kvalitetsgrupper: Kvalitén ska systematisk utvecklas och säkras under kommande år. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi: Bemanningsansvarig planerar löpande in dessa möten i personalens schema, vilket leder till ökad närvaro av deltagare. Synpunkter och

---

förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig kvalitetsgrupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på dessa möten. Minnesanteckningar finns tillgänglig i en pärm där alla kan ta del av informationen från respektive kvalitetsgrupp.

Ledningssystem: Katrumpstullen ska fortsätta med kvalitetsarbetet utifrån vårt ledningssystem TQM. Utbildning och handledning i TQM ska ske fortlöpande under året med de som behöver mer utbildning i TQM samt med nyanställda medarbetare. Alla nya lokala rutiner, instruktioner och manualer ska fortsättas att läggas in i ledningssystemet för åtkomst.

Ett förbättringsområde under 2019 är att utveckla arbetet med att fylla i ”mätparametrar” i TQM, detta för att ytterligare kunna mäta och analysera statistik och resultat. Detta leder till att vi kan identifiera riskområden som vi behöver säkerställa genom rutiner och åtgärder.

Strategi: Vi kommer att skapa fler tillfällen för utbildning/handledning i TQM. Utbildningstillfällen kommer att erbjudas personalen under fasta tider och utvärderas löpande i ledningsgruppen. Dessa tillfällen kommer att erbjudas så länge behov och önskemål finns.

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

Strategi: Avtalet och samarbetet med Vårdhygien fortsätter. Fortsatt samarbete med läkarorganisationen Capio Legevisitten görs genom i förväg planerade kontinuerliga samverkansmöten. Vi kommer också att ha samverkansmöten med ansvarig läkare och med våra sjuksköterskor regelbundet ca en ggr/mån. Katrumpstullen fortsätter att arbeta med att säkra teamarbetet runt den boende genom samverkan mellan yrkeskategorierna, exempelvis teamkonferensen, HSL-möten samt samverkan mellan teamsamordnare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

Egenkontroller: Fortsätta att kvalitetssäkra genom uppföljning av egenkontroller.

Strategi: Att arbeta enligt upprättat årshjul för egenkontroller. Dessa är bl.a infektionsregistrering, läkemedelsgenomgångar, kvalitetsregister, hygienrond, läkemedelsgranskning, basal hygien, avvikelser, delegeringar, MTP och journalgranskning/loggkontroller. Enhetschef HsL utför även löpande egenkontroller på signeringslistor för läkemedel, narkotikajournaler, luftmadrasser och nattfastemätningar.

Ökad brukarnöjdhet: Använda reflektionstillfällen tillsammans med äldrepedagogen till att reflektera kring det fördjupade kontaktmannskapet och dess innebörd. Främja samverkan och öka delaktigheten med boendes anhöriga.

---

Strategi: Inplanerade reflektionstillfällen tillsammans med Äldrepedagogen. Dessa tillfällen kommer både somatik och demensenheterna till gagn. Bjudas in till månatliga ”anhörigfika”, erbjudas föreläsningar för anhöriga

Utbildning: Insatser ska vara av god kvalitet. Vårt mål är att all personal har lämplig utbildning och erfarenhet. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kunskap och kompetens som krävs, samt kunskaper om den nationella värdegrunden.

Strategi: Varje avdelning kommer få utbildning/handledning i det fördjupade kontaktmannaskapet.

Utbildning kommer att ske utifrån Norlandias Värdegrund.

Under 2019 fortsätter vi med Norlandias demensutbildning.

Handledning på demensavdelningarna ansvarar Silviasjuksköterskan för.

Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner samt ytterligare utbildning i basala hygienrutiner och dess smittspridning under 2019 av hygiensjuksköterska på Vårdhygien.

HLR utbildning planeras för samtlig personal under 2019.

Apoteket -Utbildning i läkemedelshantering för sjuksköterskor.

Vårdhygien SLL utbildning i basala hygienrutiner och dess smittvägar för samtlig personal.

Munvårdsutbildning i ROAG för sjuksköterskor

Ergonomi/förflytningsutbildningar sker regelbundet varje år för samtlig personal.

NVP- Utbildning i arbetet kring nationell vårdplan för palliativ vård

Fallprevention- Web utbildning ”Ett fall för teamet”, ”Balansera mera”

Utbildning/handledning i TQM samtlig personal

Anhörigutbildning/föreläsningar

Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia. Vi kommer även att upprätta en utbildningsplan för 2019 där samtliga utbildningar sammanställs utifrån personalen och ledningens behov och önskemål.



